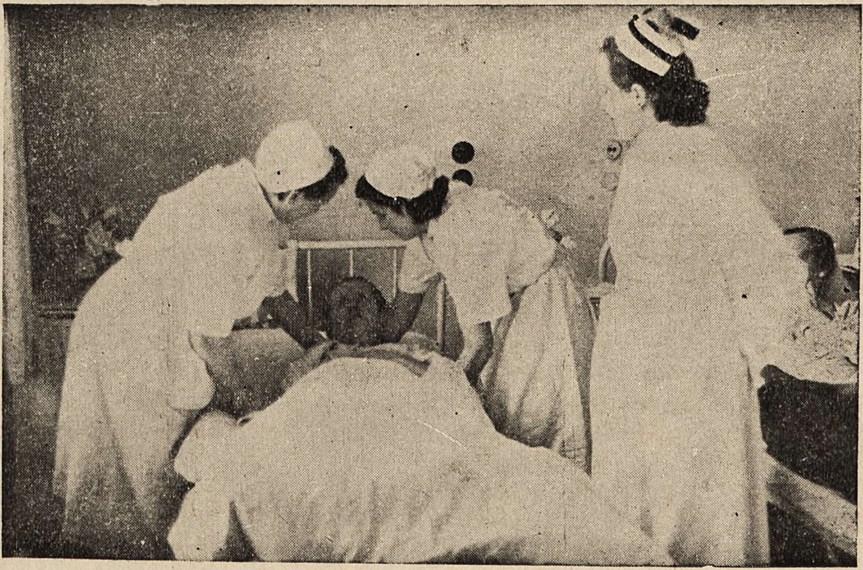
PIELĘGNIARKA

polska



Słuchaczki Rocznego Kursu Pielęgniarstwa PCK w Rzeszowie pod kierunkiem instruktorki J. Bańki prześcielają łóżko chorej

Rok 6 (XVII)

1953

Nr. 3

MARZEC

PAŃSTWOWY ZAKŁAD WYDAWNICTW LEKARSKICH

P S Z

TREŚĆ

СОДЕРЖАНИЕ

SOMMAIRE

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC: 1) objętość prac nadsyłanych do Redakcji nie powinna przekraczać 5 stron pisma maszynowego; rękopisy pisane jednostronnie, z odstępem 1-wierszowym, z marginesem 3 cm; 2) autor winien podać: swój tytuł, imię, nazwisko, adres oraz źródła, na których oparł pracę; 3) fotografie (na błyszczącym papierze) należy opatrzyć dokładnym opisem; 4) Redakcja zastrzega sobie prawo poprawek.

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 6 (XVII) Marzec 1953 Nr 3

Międzynarodowy Dzień Kobiet

MIĘDZYNARODOWY Dzień Kobiet — 8 marca — jest dniem przeglądu osiągnięć i podsumowania sił, biorących udział w walce o sprawę najświętszą i najważniejszą dla wszystkich kobiet świata — o pokój, o zniesienie wyzysku, o równe prawa dla kobiet, o zapewnienie wszystkim dzieciom na świecie szczęśliwego dzieciństwa i spokojnej przyszłości, wolnej od zmory wojny i głodu.

Dla nas, kobiet polskich, 8 marca jest radosnym dniem, kiedy uświadamiamy sobie to wszystko, co zawdzięczamy naszej władzy ludowej, co gwarantuje nam nasza Konstytucja, to mianowicie, że:

„kobieta w Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej ma równe z mężczyzną prawa we wszystkich dziedzinach życia państwowego, politycznego, gospodarczego, społecznego i kulturalnego".

Codziennie, na każdym kroku życie potwierdza nam, że równouprawnienie kobiet w Polsce jest rzetelną prawdą, bo kobiecie istotnie przysługuje: „równe z mężczyzną prawo do pracy i wynagrodzenia, według zasady „równa płaca za równą pracę", prawo do wypoczynku, do ubezpieczenia społecznego, do nauki, do godności i odznaczeń, do zajmowania stanowisk publicznych; opieka nad matką i dzieckiem, ochrona kobiety ciężarnej, płatny urlop w okresie przed i po porodzie, rozbudowa sieci zakładów położniczych, żłobków i przedszkoli, rozwój sieci zakładów usługowych i żywienia zbiorowego".

W krajach kapitalistycznych, pozostających we władzy ustroju niesprawiedliwości społecznej, kobiety nie korzystają z równouprawnienia — w niektórych krajach nie mają praw wyborczych, nie mają dostępu do większości zawodów, a za równą pracę są znacznie gorzej wynagradzane niż mężczyźni. Tam dzień 8 marca będzie dniem mobilizacji postępowych kobiet do walki o równouprawnienie, o wyzwolenie społeczne, do walki o pokój i postęp.

Dzięki władzy ludowej życie kobiety polskiej zmieniło się gruntownie. Minęły dla niej bezpowrotnie czasy wyzysku, poniżenia i poniewierki. Kobieta w Polsce Ludowej jest pełnoprawnym współgospodarzem kraju i wywiera realny wpływ na jego losy. Na każdym odcinku życia społecznego z każdym dniem coraz więcej odpowiedzialnych stanowisk zajmują kobiety. Widzimy je na stanowiskach naczelnych dyrektorów fabryk, kierowników oddziałów, szefów produkcji; widzimy je na ławie poselskiej, w prezydiach Rad Narodowych, na katedrach wyższych uczelni, w roli sędziów i prokuratorów, inżynierów, lekarzy itd. Tysiące kobiet bierze aktywny udział w socjalistycznym współzawodnictwie pracy wiele wśród nich jest racjonalizatorek i nowatorek.

W dniu 8 marca z prawdziwą dumą uświadamiamy sobie, jak cenny i owocny jest wkład pracy kobiet polskich w dzieło rozwoju naszej gospodarki narodowej w pomnażaniu sił oraz umacnianie bezpieczeństwa i niepodległości naszej kochanej Ojczyzny. By dać temu wyraz i zamanifestować uczucia solidarności ze wszystkimi kobietami świata, walczącymi o pokój i postęp, kobiety polskie podejmują z okazji Międzynarodowego Dnia Kobiet liczne zobowiązania produkcyjne. Również i pielęgniarki polskie swoją wytężoną pracą uczczą ten dzień, podnosząc na wyższy poziom jakość opieki nad chorym człowiekiem pracy.

O SZKOŁACH SŁUŻBY ZDROWIA

PODSTAWOWĄ cechą ustroju socjalistycznego jest troska państwa o ludzi pracy, stworzenie im odpowiednich warunków życia i otoczenie ich opieką. Nasze Państwo Ludowe, budując podstawy socjalizmu, roztacza opiekę nad wszystkimi ludźmi pracy, a szczególnie troskliwie dba o budowniczych Planu 6-letniego.

Między innymi wyrazem tej troski jest niespotykany dotychczas bujny rozwój średniego szkolnictwa służby zdrowia i różnorodność typów tych szkół. Obecnie posiadamy następujące typy szkół:

szkoły pielęgniarstwa 2-letnie, przyjmujące z cenzusem 9 klas szkoły ogólnokształcącej;

szkoły pielęgniarstwa specjalistyczne, przyjmujące z cenzusem 9 klas szkoły podstawowej;

szkoły pielęgniarstwa 2 i półletnie, przyjmujące z cenzusem 7 klas szkoły podstawowej;

licea felczerskie 3-letnie, przyjmujące z cenzusem 8 klas szkoły ogólnokształcącej;

licea techniki dentystycznej 3-letnie po 9 klasach szkoły ogólnokształcącej;

licea farmaceutyczne 3-letnie po 9 latach szkoły ogólnokształcącej;

roczne kursy pielęgniarstwa PCK, prowadzone przez tę instytucję, przyjmujące z cenzusem 7 oddziałów szkoły podstawowej;

kurs masażu, trwający 6 miesięcy.

Przejściowo istnieją szkoły felczerskie 2-letnie, przyjmujące z cenzusem licealnym.

POKONYWANIE TRUDNOŚCI

We wszystkich średnich szkołach służby zdrowia metodyka nauczania przewiduje ścisłą korelację pomiędzy praktyką a teorią. Obok bezsprzecznych korzyści, jakie wynikają z tak pomyślanego szkolenia, wyłaniają się jednocześnie pewne trudności. Tak np. w szkołach pielęgniarstwa powstaje trudność zebrania łącznie wszystkich słuchaczek, a to ze względu na ich 3-zmianowe dyżury na oddziałach szpitalnych.

Poważną trudność w nauczaniu w średnich szkołach służby zdrowia stanowi brak przeszkolonego personelu pedagogicznego. Wykładowcami są fachowcy i lekarze, wychowawcami — instruktorki, w większości bezpośrednio po ukończeniu szkoły. Duża liczba zajęć programowych w ciągu dnia i nieprzestrzeganie punktualności przez lekarzy stwarza dla dyrekcji szkół dalsze trudności w wykonywaniu programu, słuchaczom zaś skraca czas przeznaczony na opanowanie obszernego materiału oraz na ich udział w organizacjach młodzieżowych.

Brak przygotowania pedagogicznego wykładowców prowadzi niejednokrotnie do podawania wykładu w formie „pseudo-uniwersyteckiej", a nie w formie lekcji.

Mimo wielkich trudności mamy i wiele osiągnięć. Większość wykładowców zrozumiała konieczność prowadzenia wykładów w formie lekcji, wielu również wykładowców zrywa już z formalistycznym stylem, stosując szeroko pomoce naukowe będące w dyspozycji szkoły.

W WALCE O WYNIKI

W walce o wyniki nauczania bardzo dobre rezultaty daje przyciągnięcie młodzieży do aktywnej pracy na tym polu. Ogromnie pomocne stały się nam w tym wypadku uchwały narady szkolnego aktywu ZMP z 1951 r.

Od chwili przeniesienia uchwał na tereny poszczególnych szkół dał się zaobserwować poważny wzrost zainteresowania młodzieży wynikami nauki. Organizacje ZMP rozwinęły szeroką działalność w kierunku organizowania grup samokształceniowych i pomocy słabszym kolegom. Walka o wyniki nauczania stała się przedmiotem zobowiązań młodzieży podejmowanych dla uczczenia ważnych rocznic i wydarzeń.

W wyniku podejmowania tych zobowiązań poziom nauki we wszystkich szkołach w roku 1952 podniósł się w stosunku do wyników roku 1951, szczególnie dobre wyniki osiągnęła Szkoła Pielęgniarstwa nr 2, która wydała swym absolwentkom dyplomy tylko ze stopniami dobrym i bez jednego stopnia dostatecznego. W Liceum Techniki Dentystycznej uczniowie klasy III zlikwidowali zupełnie stopnie niedostateczne.

Wyżej wspomniane wyniki osiągnięto wielką pracą polityczną w naszych szkołach; wypły-

wały one z właściwej postawy organizacji ZMP, nadającej kierunek samorządom uczniowskim, wynikały one z wielu ulepszeń zaproponowanych przez młodzież w toku walki o rezultaty nauczania.

METODYKA NAUCZANIA

Zadaniem nauczania jest nie tylko podanie wiadomości formalnych, ale kształtowanie w trakcie wyników i pracy pozalekcyjnych światopoglądu naukowego młodzieży. W szkołach służby zdrowia, a szczególnie w szkołach pielęgniarstwa, realizacja tego zadania napotyka na specyficzne trudności ze względu na stosunkowo niedawną klerykalną przeszłość tych szkół i na istniejącą jeszcze na terenie niektórych szpitali specyficzną atmosferę. W tych warunkach walka o naukowy światopogląd nabiera znaczenia specjalnego i musi być niestrudzenie prowadzona ze szczególnym uwzględnieniem najsłabszych pod tym względem punktów.

Przede wszystkim w okresie nauki teoretycznej należy wykorzystać wszelkie momenty dla podkreślenia nowych zdobyczy naukowych, należy nawiązywać do konkretnych momentów politycznych i społecznych, tak np. przy omawianiu profilaktyki chorób trzeba zaznaczyć, że jest ona możliwa do zastosowania jedynie w ustroju socjalistycznym. Należy sięgać śmiało do zdobyczy medycyny radzieckiej, przodującej medycyny świata. Wyzyskanie tego oręża przy nauczaniu przedmiotów zawodowych ma specjalne znaczenie w tych szkołach, w których niewielka ilość przedmiotów ogólnokształcących może dać zaledwie podstawy światopoglądu naukowego, a utrwalenie go leży już poza zakresem wpływu wykładowcy.

Przykładem bardzo dobrego aktualizowania zasad pielęgniarstwa w zakresie nauki praktycznej jest stosowanie „pawłowizmu na co dzień" w I Klinice Wewnętrznej, gdzie mają swe oddziały szkoleniowe Państwowa Szkoła Pielęgniarstwa nr 2 i nr 4. Należałoby pracę tę pogłębić i przenieść doświadczenia tych eksperymentalnych oddziałów na inne oddziały szkoleniowe.

Łączenie teorii z praktyką decyduje w naszym zawodzie o jakości kadr, toteż Państwowa Szkoła Pielęgniarstwa nr 3 stosuje daleko idącą wymianę doświadczeń pomiędzy tzw. klasą a oddziałami szpitalnymi, jednocześnie egzamin z zasad pielęgniarstwa obejmuje tu nie zabieg, lecz całe zagadnienie, z którym styka się słuchaczka na oddziale szpitalnym. Stanowi to poważny krok na drodze do ujednolicenia nauki w czasie teorii i praktyki, w tym pomocna jest bliskość warsztatu pracy — szpitala od zakładu naukowego — szkoły pielęgniarstwa.

Zagadnienie zaznajomienia młodzieży z naukowym światopoglądem socjalistycznym jest zagadnieniem typowo-wychowawczym, dlatego też stało się ono przedmiotem narad Podstawowych Organizacji Partyjnych PZPR i kół instruktorskich ZMP w szkołach. W wyniku troski o właściwą realizację tego zadania podniesiono poziom ideologiczny personelu etatowego szkół przez systematyczne jego szkolenie według programu ZMP, a wyniki pierwszego colloquium wykazały dobry poziom świadomości politycznej i ideologicznej personelu.

Dobre rezultaty daje również szkolenie młodzieży w ramach ZMP, jednak programy tego szkolenia należałoby przystosować do specyfiki naszych szkół.

PRACA POZALEKCYJNA

Ważnym momentem tworzenia naukowego światopoglądu młodzieży jest pozalekcyjna praca ze słuchaczami. Mimo trudności spowodowanych przeładowaniem programu i pracą na 3 zmiany na oddziałach szpitalnych, w większości szkół prowadzi się pracę pozalekcyjną w formie wieczorów dyskusyjnych i wieczorów świetlicowych, w formie uczestnictwa na przedstawieniach teatralnych i późniejszych dyskusji. Na terenie szkół działają organizacje masowe, nie zawsze jednak praca tych organizacji stoi na odpowiednim poziomie, nie wypełniają one swej roli jako transmisja ZMP do mas młodzieży. Na ten moment należy zwrócić szczególną uwagę.

Biblioteki szkół są w zasadzie dość dobrze zaopatrzone, czytelnictwo jednak nie jest jeszcze dostatecznie spopularyzowane.

W odróżnieniu od szkół felczerskich, szkoły pielęgniarstwa w swym założeniu są szkołami z internatem, co ma poważne uzasadnienie, gdyż wpaja nawyki kultury i higieny życia codziennego oraz umiejętność współpracy w zespole — konieczną dla dobrego wykonywania zawodu pielęgniarskiego. Idealne warunki do prowadzenia pracy świetlicowej w szkołach pielęgniarskich nie zawsze są jednak właściwie wykorzystywane.

K. Kalinowska

Mgr JERZY JOŃCZYK

ŚRODKI LECZNICZE

PRZY rozpatrywaniu każdej grupy leków należy mieć na uwadze, że większość środków stosowanych w leczeniu różnorodnych schorzeń nie działa wyłącznie i jedynie na jeden określony narząd lub układ narządów, ale jednocześnie na cały organizm. W leczeniu zwraca się jednak uwagę na główne, najważniejsze działanie danego leku.

W części pierwszej podajemy środki, których głównym zadaniem jest oddziaływanie na centralny układ nerwowy. Jeżeli będziemy jednak rozpatrywać inne grupy środków leczniczych — nasercowe, organopreparaty, moczopędne itp. — trzeba pamiętać, że działanie każdego leku odbywa się zawsze przy bezpośrednim udziale układu nerwowego.

Centralny układ nerwowy odgrywa decydującą rolę w życiu naszego organizmu. Centralny układ nerwowy, a przede wszystkim półkule mózgowe i część korowa stale reguluje działalność wszystkich narzadów wewnętrznych, kieruje zachodzącymi w nich procesami i jest łącznikiem naszego organizmu z otoczeniem.

Centralny układ nerwowy dzieli się na trzy główne części: mózg, rdzeń przedłużony i rdzeń kręgowy.

Mózg, jego półkule i zewnętrzna ich warstwa — kora mózgowa — jest według słów *I. P. Pawłowa* organem który „kieruje wszystkimi zjawiskami zachodzącymi w ciele". Pracę mózgu, decydującą o normalnym stosunku całego organizmu do środowiska, decydującą o utrzymaniu równowagi organizmu z otaczającym go światem — określa *I. P. Pawłow* jako „wyższą czynność nerwową", pracę zaś rdzenia przedłużonego i rdzenia kręgowego — które regulują stosunki wzajemne pomiędzy poszczególnymi częściami organizmu — jako „niższą czynność nerwową".

Jedną z najważniejszych czynności układu nerwowego jest zdolność przechodzenia w stan szczególnego uczulenia, zwanego p o b u d z e n i e m. Na równi ze stanem pobudzenia w mózgu przebiega jakby proces odwrotny, zwany h a m o w a n i e m (porażeniem). Procesy hamowania i pobudzania mogą dotyczyć albo niewielkich, ściśle ograniczonych odcinków kory mózgowej koncentrować się albo rozprzestrzeniać się na większe obszary kory. Ten skomplikowany proces, złożony z mnóstwa przechodzących w siebie wzajem stanów pobudzenia i hamowania, na mniejszych lub większych obszarach kory mózgowej, zabezpiecza właśnie normalne działanie centralnego układu nerwowego.

W rdzeniu przedłużonym znajdują się życiowo ważne ośrodki: krążenia, naczynioworuchowy, oddechowy, regulacji cieplnej, przemiany materii, wymiotny i inne. Działalność ośrodków rdzenia przedłużonego kierowana jest przez półkule mózgowe i korę. Np.: przyspieszenie lub zwolnienie akcji serca może być rezultatem odruchu z kory mózgowej; działalność kory mózgowej wpływa na zmianę światła naczyń krwionośnych, w tej liczbie również naczyń skóry, co może wyrazić się zaczerwienieniem lub zbladnięciem skóry twarzy, szyi itp. Rdzeń przedłużony decyduje o napięciu mięśni szkieletowych i narządów wewnętrznych. Rdzeń przedłużony i rdzeń kręgowy przewodzą bodźce, idące z jednej strony z kory mózgowej do różnorodnych narządów naszego ciała, a z drugiej — bodźce od obwodowych zakończeń nerwowych do ośrodków wyższych.

Centralny układ nerwowy jest nadzwyczaj czuły na liczne środki lecznicze i trucizny, przy czym kora mózgowa — jako najwyższa część tego układu — przejawia tę czułość w stopniu najwyższym. Liczne środki lecznicze działając na centralny układ nerwowy, wykazują d z i a ł a n i e w y b i ó r c z e na ściśle określone jego odcinki, stosunkowo mało lub nawet wcale nie wpływają na czynności innych części tego układu. Np. eter i chloroform działają przede wszystkim na mózg i rdzeń kręgowy, w małym tylko stopniu wpływając na ośrodki w rdzeniu przedłużonym. Morfina zaś w pierwszym rzędzie poraża działalność niektórych ośrodków korowych i rdzenia przedłużonego, a na rdzeń kręgowy działa przeciwnie — nieco pobudzająco.

ŚRODKI PORAŻAJĄCE CENTRALNY UKŁAD NERWOWY

Środki porażające centralny układ nerwowy można podzielić:

1) na środki o ogólnym działaniu porażającym oraz
2) środki porażające poszczególne części tego układu.

Do pierwszych zaliczamy środki narkotyczne, nasenne, alkohole; do drugich — bromki, preparaty z grupy opium i inne.

Zasadniczej różnicy pomiędzy środkami narkotycznymi i nasennymi nie ma, ponieważ działanie nasenne możemy rozpatrywać jako przejaw lekkiej narkozy.

Środki narkotyczne początkowo pobudzają czynności mózgu i rdzenia kręgowego. Okres

ten trwa stosunkowo krótko. Po nim zjawia się właściwe uśpienie chirurgiczne; znika świadomość psychiczna, świadomość bólu oraz możności wykonywania świadomych ruchów. Podczas narkozy życiowo ważne ośrodki w rdzeniu przedłużonym nie ulegają zahamowaniu.

Środki narkotyczne dzieli się na w z i e w n e i n i e w z i e w n e (stosowane dożylnie lub doodbytniczo).

A. WZIEWNE ŚRODKI NARKOTYCZNE

Eter do narkozy (Aether pro narcosi)

Bezbarwna, przezroczysta, ruchliwa ciecz o swoistym zapachu i piekąco - chłodzącym smaku, łatwo lotna i bardzo łatwo zapalna; z powietrzem daje mieszaninę silnie wybuchającą i z tego powodu w pomieszczeniach, gdzie znajdują się pary eteru nie może być otwartego płomienia, włączonych grzejników elektrycznych itp.

Eter wrze w temperaturze 35^0. Pod wpływem światła, powietrza i wilgoci powstają w eterze trujące produkty — z tego powodu powinno się go przechowywać w butelkach z ciemnego szkła, szczelnie zamkniętych. Butelki muszą być prawie całkowicie wypełnione i przechowywane w ciemnym, chłodnym miejscu. Eter do narkozy powinien być zużyty najpóźniej w 12 godzin po otworzeniu butelki. Nie wolno go również używać po przekroczeniu terminu ważności uwidocznionego na etykiecie. Eter do narkozy znajduje się w sprzedaży w butelkach po 100,0. Należy do wykazu ś r o d k ó w o d u r z a j ą c y c h.

Eter działa na tkanki drażniąco; dłuższe jego działanie na skórę może wywołać pęcherze i martwicę. Dlatego przed narkozą należy twarz chorego posmarować tłuszczem lub wazeliną. W wyniku działania drażniącego na ścianę żołądka występują wymioty.

Narkozę należy rozpoczynać od małych porcji — kroplami. Wchłanianie eteru do krwi w narkozie wziewnej następuje bardzo szybko dzięki dużej powierzchni pęcherzyków płucnych, przez których ścianki eter przenika do krwi. Dla uzyskania pełnej narkozy potrzeba w przybliżeniu 100,0 — 150,0 eteru do narkozy. Wydzielenie eteru z organizmu odbywa się również w większości przez płuca i trwa stosunkowo długo. Całkowicie eter opuszcza organizm w ciągu doby.

Chloroform do narkozy (Chloroformium pro narcosi)

Bezbarwna, przezroczysta, lotna ciecz, o swoistym zapachu i słodkawym smaku. Łatwo rozkłada się pod wpływem powietrza, światła i wilgoci. Przechowywać należy w butelkach z ciemnego szkła, szczelnie zamkniętych. Butelki powinny być prawie całkowicie wypełnione chloroformem i przechowywane w ciemnym i chłodnym miejscu. Nie wybucha. Należy do wykazu B. (Środki silnie działające).

Nie wolno używać chloroformu do narkozy po przekroczeniu daty ważności umieszczonej na etykiecie. Chloroform do narkozy jest obecnie prawie nie używany, ponieważ jest bardziej toksyczny i niebezpieczny od eteru.

Podrażnienie tkanek przez chloroform jest 2 — 3 razy większe niż przez eter. Siła działania narkotycznego chloroformu jest w przybliżeniu 4 razy większa niż eteru. Przy narkozie chloroformowej częściej występują powikłania, tak na początku narkozy, jak i po jej zakończeniu (wymioty, obniżenie ciśnienia krwi, zatrzymanie akcji serca). Wchłanianie chloroformu przy narkozie wziewnej jest równie szybkie jak eteru, natomiast wydalanie trwa bardzo długo — 3 lub 4 doby.

Podtlenek azotu. Gaz rozweselający (Nitrogenium oxydulatum)

Bezbarwny gaz, o słabym zapachu i smaku. Nie zapala się, ale podtrzymuje palenie (jak tlen); w mieszaninie z eterem wybucha. Przechowuje się go w butlach stalowych pod ciśnieniem. Może być stosowany tylko za pomocą specjalnych aparatów do narkozy zamkniętej, dzięki którym można dowolnie regulować oddychanie. Stosowany jest w mieszaninie z tlenem (75 — 80 proc. podtlenku azotu i 20 — 25 proc. tlenu) pod ciśnieniem 0,25 — 0,5 atmosfery, ponieważ dopiero wtedy podtlenek rozpuszcza się we krwi w ilości wystarczającej dla wywołania uśpienia. Okres pobudzenia trwa bardzo krótko i jest dość słaby, narkoza następuje szybko i szybko zanika po odstawieniu tlenku azotu.

Narkoza podtlenkiem azotu jest najbezpieczniejsza ze wszystkich dotychczas znanych; średnio zdarza się jeden wypadek śmierci na jeden milion narkoz. Spowodowane to być może niedotlenianiem mózgu, aby więc tego uniknąć, prowadzi się narkozę przerywaną.

Narkozę podtlenkiem azotu stosuje się przy krótkich operacjach. Opracowano również metodę jego stosowania dla przeprowadzania bezbolesnych porodów.

Chlorek etylowy. Chlorek etylu (Aethylium chloratum)

W temperaturze pokojowej jest bezbarwnym gazem. W sprzedaży znajduje się w stanie skroplonym w specjalnych naczyniach szklanych z wyciągniętą kapilarą zaopatrzoną w nakrętkę. Skroplony chlorek etylowy wrze w temperaturze $12—13^0$, a więc po odkręceniu nakrętki z naczynia trzymanego w ręku wypływa silnym, cienkim strumieniem. Jeżeli strumień taki skierujemy na skórę, paruje szybko i silnie ochładza tkanki, zamrażając i znieczulając. Pozwala

to na przeprowadzenie bezboleśnie krótkotrwałych zabiegów (usunięcie zęba, przecięcie czyraka itp.).

Skroplony chlorek etylowy jest przezroczysty, bezbarwny, nadzwyczaj lotny. Mieszanina z powietrzem wybucha. Należy do wykazu B. W obrocie znajduje się w specjalnych naczyniach szklanych po 50,0 i 100,0.

Chlorek etylowy stosuje się raczej do miejscowego znieczulania, rzadko tylko przez drogi oddechowe i to prawie wyłącznie celem wywołania krótkich oszołomień dla przeprowadzenia małych zabiegów. Do narkozy chirurgicznej nadzwyczaj rzadko stosowany. Z płuc do krwi przenika bardzo szybko i bardzo szybko również znika po przerwaniu podawania.

B. ŚRODKI NARKOTYCZNE NIEWZIEWNE

Narkoza wziewna jest dla narkotyzowanego dość nieprzyjemna. Specjalna aparatura, stosowanie substancji drażniących o nieprzyjemnym zapachu nie wpływają dodatnio na samopoczucie chorego. Poza tym substancje te nie są dla organizmu obojętne — i zwłaszcza przy powtórnym stosowaniu — mogą spowodować niebezpieczne objawy uboczne. Z tego względu wszczęto poszukiwania innych sposobów wywołania uśpienia, któreby wystarczyły dla przeprowadzenia zabiegów chirurgicznych. Zastosowano preparaty pochodne kwasu barbiturowego dożylnie. Często stosuje się narkozę kombinowaną: najpierw podaje się choremu środek narkotyczny niewziewny, a następnie przed samą operacją, kiedy pacjent już śpi rozpoczyna się podawanie eteru lub innego środka wziewnego. Wymaga to o wiele mniej eteru czy chloroformu niż narkoza normalna, a co za tym idzie zmniejsza się wybitnie niebezpieczeństwo działań ubocznych.

Narcosan (Evipan Natrium).

Biały lub lekko żółtawy, krystaliczny proszek o gorzkawym smaku. W obrocie znajduje się pod postacią ampułek, zawierających 1,0 suchego proszku. Roztwór do wstrzyknięcia przygotowuje się bezpośrednio przed rozpoczęciem narkozy przez wprowadzenie 10 ml podwójnie destylowanej wody do otwartej ampułki z proszkiem.

Podaje się go dożylnie powoli, w ilości 0,01—0,016 na 1 kg wagi ciała. Uśpienie występuje w 5 — 15 minut po wstrzyknięciu. Najwyższa dawka jednorazowa (dożylnie) — 1,0. Należy do wykazu B.

Narcosan nie daje zupełnej narkozy, gdyż nie całkowicie znosi napięcie mięśni; trwa 15—20 minut, po czym następuje długotrwały sen.

Przy stosowaniu narkozy kombinowanej, narcosan podaje się albo dożylnie, albo doodbytniczo w 10 proc. roztworze (0,45 ml na 1 kg wagi ciała).

Narcosan jest przeciwwskazany przy chorobach wątroby, ogólnym wyniszczeniu i stanach zakaźnych. W wypadku powikłań przy podawaniu narcosanu (ze strony narządów oddechowego i krążenia) należy zastosować sztuczne oddychanie, tlen z mieszaniną dwutlenku węgla oraz dożylnie cardiamid lub *ephedrinum hydrochloricum*.

(C. d. n.)

Dr JERZY DUBROWSKI

KREW KONSERWOWANA

MYŚL o uzupełnianiu brakującej choremu krwi, zwłaszcza po obfitych krwotokach, nurtowała ludzi już w najdawniejszych czasach, bowiem już w starożytności zdawano sobie sprawę, że duży upływ krwi nieuchronnie prowadzi do śmierci. Początkowo, liczne nieudane próby i nie dające się pokonać trudności techniczne odstraszały lekarzy od leczenia krwią przez wieleset lat.

W drugiej połowie XIX wieku podjęto na nowo systematyczne badania na zwierzętach i okazało się, że przetoczenie krwi zwierzęciu po wykonaniu uprzednio nawet bardzo dużego upustu przywraca je niemal natychmiast do zdrowia. Jednak nieznajomość różnic grupowych krwi (o grupach krwi — patrz artykuł w „Pielęgniarce Polskiej" Nr 9 1952 r.) uniemożliwiała uzyskanie pomyślnych wyników przetaczań krwi u ludzi. Dopiero rozwiązanie tego najważniejszego problemu — poznanie różnic grupowych krwi, umiejętność określania do jakiej grupy krew danego osobnika należy, i które rodzaje krwi można z sobą łączyć bez obawy groźnych dla życia następstw — przyczyniło się do tego, że krew stała się dziś jednym z najpotężniejszych, niezastąpionym lekiem.

Pierwszym uczonym, który poruszył zagadnienie konserwowania krwi był rosyjski lekarz, *W. Sutugin* (1865). Wykazał on, że krew odwłókniona, a więc pozostająca w postaci płynnej jeszcze po 7 — 8 dniach przechowywania, przetoczona zwierzętom wykrwionym, szybko przywraca im zdrowie.

Olbrzymi krok naprzód w rozwoju konserwowania krwi stanowiło odkrycie (w roku 1914) związków chemicznych, które powstrzymują krzepnięcie krwi i są jednocześnie nieszkodliwe dla ustroju b i o r c y (np. szczawian sodu, cytrynian sodu i in.). Od tej chwili nauka o konserwowaniu krwi zaczęła rozwijać się bardzo szybko. Chodziło o to, aby znaleźć taki płyn konserwujący, ktcry by umożliwił przechowywanie krwi przez czas możliwie najdłuższy, przy zachowaniu wszystkich jej wartości leczniczych.

Stwierdzono, że dodanie glukozy do zakonserwowanej krwi powoduje, iż krwinki czerwone znacznie dłużej zachowują swoje własności biologiczne.

Po odkryciu sulfonamidów wykazano, że dodanie nawet niewielkiej ich ilości zapobiega rozmnażaniu się bakterii, które ewentualnie mogły się dostać do krwi w czasie konserwowania.

W rezultacie licznych badań wynaleziono w Związku Radzieckim płyn konserwujący, który umożliwia przechowywanie krwi w ciepłocie 4 — 8° przez blisko 30 dni. Krew w tych warunkach zachowuje identyczne własności lecznicze jak krew świeża i ma jednocześnie szereg innych bardzo poważnych zalet. Dziś na 100 przetoczeń krwi w 99 przypadkach stosuje się krew konserwowaną, a tylko w 1 — krew świeżą.

Jedną z największych wartości krwi konserwowanej jest możność zastosowania jej bardzo szybko w razie nagłej potrzeby. Zapasy krwi konserwowanej znajdują się zazwyczaj w każdym szpitalu albo w najbliższej stacji pobierania krwi. Nie traci się czasu na poszukiwanie dawcy i na konieczne badania wstępne.

Aparatura do przetaczania krwi konserwowanej jest niezwykle prosta, tania, łatwa w użyciu, a nadto przy jej stosowaniu znacznie łatwiej zachować warunki całkowitej jałowości, niż przy przetaczaniu krwi za pomocą skomplikowanych aparatów do transfuzji bezpośrednich — z żyły do żyły.

Łatwość otrzymania krwi konserwowanej umożliwia w razie konieczności przetoczenie 500 — 700 a nawet więcej mililitrów krwi, co przy przetaczaniu krwi bezpośrednio od dawców stanowi najczęściej przeszkodę nie do pokonania.

Wymienione zalety krwi konserwowanej nabierają jeszcze większego znaczenia w czasie wojny. Leczenie krwią w warunkach szpitala polowego lub na pierwszej linii frontu było nie do pomyślenia, dopóki nie wprowadzono krwi konserwowanej. Doświadczenie ostatniej wojny światowej, szczególnie w Związku Radzieckim, gdzie codziennie wysyłano na front dziesiątki tysięcy litrów krwi, wykazało niezbicie, że ta metoda leczenia jest niezastąpiona i niezmiernie korzystna.

PRZYGOTOWANIE krwi konserwowanej nie jest łatwe, wymaga odpowiednich warunków, jakie znajdujemy w specjalnych stacjach konserwowania krwi, przystosowanych wyłącznie do tego rodzaju pracy.

Proces przygotowania krwi konserwowanej można podzielić na kilka etapów. Pierwszy z nich stanowi d o b ó r o d p o w i e d n i c h d a w c ó w. Jak wiadomo, kandydat na dawcę zgłaszający się do Stacji Przetaczania i Konserwowania Krwi, poddawany jest obowiązkowo dokładnym badaniom lekarskim (wewnętrznemu, rentgenowskiemu, laboratoryjnemu — krew, mocz, plwocina itd.), ponieważ dawcą zostać może tylko człowiek zdrowy.

W oznaczonym dniu, po kąpieli i przebraniu w białą odzież ochronną, dawcy przechodzą do specjalnego b o k s u, gdzie odbywa się pobieranie krwi do butelek, zawierających płyn konserwujący. Każda butelka wraz z płynem konserwującym musi być przed użyciem na nowo wyjałowiona.

Zanim płyn konserwujący zostanie oddany do użytku, podlega wielostronnym, ścisłym badaniom laboratoryjnym — czy nie zawiera przypadkiem ciał toksycznych, pyrogennych (wywołujących gorączkę), względnie zanieczyszczeń bakteryjnych. Dopiero po takiej kontroli używa go się do konserwowania krwi.

Z żyły dawcy krew przy zachowaniu najściślejszej jałowości przechodzi do wspomnianej butelki. Do 50 ml płynu konserwującego pobiera się 200 ml krwi. Od dawcy można pobrać jednorazowo najwyżej 400 ml krwi. Wczasie pobierania pewną ilość krwi wlewa się do małych próbóweczek celem ponownej kontroli grupy i odczynu Wassermana oraz dodatkowego badania bakteriologicznego jałowości krwi.

Po wyjściu dawców z boksu każdą butelkę krwi konserwowanej zabezpiecza się dodatkowo przez zalanie gumowego korka kolodium, a następnie nalepia się na nią kartkę z nazwiskiem dawcy, grupą krwi, wynikiem badania odczynu Wassermanna, wynikiem badania bakteriologicznego i dokładnym terminem pobrania krwi. Tak opatrzone butelki wędrują do chłodni, gdzie przechowuje się je w temperaturze 4 — 8°.

Przy wydawaniu krwi ze Stacji, do każdej butelki dołącza się metryczkę, która oprócz charakterystyki krwi zawiera oddzielną rubrykę, gdzie wykonujący przetoczenie opisuje dokładnie jaki był wpływ transfuzji na stan chorego i czy przypadkiem nie zaobserwowano jakiegoś ujemnego odczynu.

Stacje krwiodawstwa wydają krew konserwowaną o każdej porze dnia i nocy, kiedy zachodzi tego potrzeba. Nie ma też żadnych ograniczeń co do ilości wydawanej krwi. Jak wiadomo, jednym z pięknych sukcesów społecznej służby zdrowia w Polsce jest to, że każdy chory otrzymuje krew bezpłatnie.

TRANSPORT krwi ze Stacji do miejsca przetaczania powinien być bardzo ostrożny i troskliwy. Należy unikać wszelkich wstrząsów, a nawet przechylania butelki. Krew dostarczona ze Stacji do szpitala w idealnych warunkach powinna zawierać warstwę osocza wyraźnie odgraniczoną od warstwy krwinek. Zarówno w lecie, jak w zimie, zwłaszcza przy dłuższym transporcie należy uważać, by przewozić krew w ciepłocie od 0 — 15°. Zamarznięcie krwi oznacza zawsze, w każdym przypadku jej zniszczenie i taka krew absolutnie do przetaczania się nie nadaje. Krew przegrzana również może być przyczyną ciężkich powikłań po przetoczeniu.

Po przewiezieniu do miejsca przetaczania, trzeba krew konserwowaną odpowiednio zabezpieczyć. Najlepiej wstawić ją do lodówki, a jeżeli to niemożliwe, to do naczynia z topniejącym lodem. Ten przepis obowiązuje bezwzględnie, gdy pomiędzy pobraniem krwi ze Stacji a przetoczeniem upływa kilkanaście godzin. Na krótko przed zabiegiem butelkę z krwią należy postawić w temperaturze pokojowej, aby przetaczać krew o ciepłocie około 17 — 20°. W żadnym razie n i e w o l n o k r w i p o d g r z e w a ć, zwłaszcza gwałtownie, do temperatury ciała ludzkiego, gdyż można tym krew zniszczyć i uczynić ją toksyczną.

Zasadniczo, z jednej butelki wolno przetaczać krew tylko jednemu choremu. Jeżeli niecałą butelkę zużyło się w czasie transfuzji, to resztę należy zniszczyć.

Jeżeli w czasie przetaczania krwi wystąpią jakieś powikłania, zabieg należy bezzwłocznie przerwać, a pozostałą krew wraz z butelką i dokładnym opisem przypadku i okoliczności przetaczania — natychmiast odesłać do Stacji, skąd była pobrana. Zaniedbanie tego obowiązku jest ze względów społecznych wysoce szkodliwe.

Zapotrzebowanie na krew powinno się robić oględnie, po dokładnym zastanowieniu, gdyż krew raz pobrana ze Stacji nie podlega zwrotowi. Przy zamawianiu krwi „na zapas" lub „na wszelki wypadek" można łatwo zmarnować ten cenny lek.

Ujemne odczyny po przetoczeniu krwi wynikają zawsze albo z błędnego oznaczania grupy krwi biorcy albo wadliwej techniki przetaczania, albo wreszcie z nieodpowiedniego przechowywania krwi przed zabiegiem.

Co się tyczy tej ostatniej przyczyny powikłań, — tj. niewłaściwego przechowywania krwi — to wina najczęściej leży po stronie pielęgniarki, bowiem do niej należy opieka nad krwią. Pielęgniarka mając pod swą opieką krew konserwowaną powinna zdawać sobie sprawę z korzyści, jakie przynosi choremu tego rodzaju leczenie i z niebezpieczeństw, jakie mogą powstać, gdy krew jest nieodpowiednio przed przetoczeniem przechowywana.

Jerzy Dubrowski

Dr DANUTA PODKOMORSKA

Dlaczego należy szczepić się przeciw tyfusowi

USTRÓJ ludzki posiada dwa rodzaje odporności: b i e r n ą albo c z y n n ą. Odporność bierną może nabyć płód już w łonie matki i wówczas jest ona w r o d z o n a, względnie w życiu pozapłodowym — o d p o r n o ś ć n a b y t a.

Z krwi matki poprzez łożysko przedostają się gotowe przeciwciała do krwiobiegu płodu i uodporniają go biernie na pewien czas. Odporność ta dotyczy przede wszystkim dziecięcych schorzeń zakaźnych, jest krótkotrwała, wystarcza bowiem tylko na pierwsze miesiące, czasem na pierwsze lata życia dziecka.

Odporność bierną nabytą zdobywa organizm ludzki przez podanie mu surowicy, zawierającej gotowe przeciwciała. Surowica taka pochodzi najczęściej od zwierzęcia, uprzednio sztucznie czynnie uodpornionego.

Uodpornienie bierne nabyte (przez podanie surowicy odpornościowej) stosuje się przede wszystkim leczniczo, tj. w przypadku zachorowania na jakąś chorobę zakaźną. W tym wypadku podaje się gotowe przeciwciała, zwalczające dane zarazki lub ich jady. Stosujemy je również zapobiegawczo wtedy mianowicie, gdy ustalimy styczność z chorą osobą i chcemy zapobiec powstaniu choroby.

W przeciwieństwie do odporności biernej, krótkotrwałej, odporność czynna jest długotrwała. Ta ostatnia może być zdobyta drogą na-

turalną lub sztuczną. W sposób naturalny zdobywa ją ustrój albo przez przechorowanie, albo przez stałe stykanie się z zarazkami w małej ilości, co nie wywołuje jeszcze choroby, a powoduje wytwarzanie przeciwciał.

Odporność sztuczną czynną uzyskuje się drogą szczepienia. Odporność naturalna, powstająca po przechorowaniu jakiejś choroby zakaźnej jest najtrwalsza. Podobnie długotrwałą odporność można uzyskać przez szczepienia powtarzane systematycznie co pewien czas.

Zasadniczą zaletą szczepień jest to, że nie szkodząc zupełnie ustrojowi można go uodpornić na czas dłuższy.

W dobie obecnej posiadamy już wiele dobrych szczepionek przeciw różnym chorobom.

Do najgroźniejszych chorób zakaźnych należą te, które szerzą się epidemicznie na skutek łatwości zakażania, a wśród nich przede wszystkim dur brzuszny, rozwijający się w następstwie picia wody zakażonej bakteriami duru lub spożywania zakażonych pokarmów.

DUR brzuszny może objąć od razu szerokie masy ludności i wobec tej choroby prowadzi się zakrojoną na szeroką skalę akcje odkażania wody oraz propagande mycia owoców przed spożywaniem ich w stanie surowym. Akcja ta jednak nie wystarcza dla zwalczenia niebezpieczeństwa duru brzusznego.

Wypadki duru brzusznego zdarzają się stale i dlatego niezależnie od przestrzegania obowiązujących przepisów sanitarnych, trzeba walczyć również tą najbardziej skuteczną bronią, jaką jest masowe szczepienie ludności.

O skuteczności szczepień przekonuje nas przebieg epidemii duru brzusznego wśród żołnierzy w czasie pierwszej i drugiej wojny światowej. Liczba zachorowań w okresie drugiej wojny światowej równa się zaledwie $^{1}/_{12}$ przypadków zanotowanych podczas pierwszej wojny światowej.

Ocenę szczepień ludności cywilnej utrudnia nam to, że nigdy na pewno nie wiemy, kto się szczepił, a kto nie. Ocena ta opiera się na obserwacji liczby zachorowań tej samej grupy ludności w ciągu paru lat i wykazała również wyraźny spadek zachorowań. W paru miejscowościach, gdzie szczepienie nie było przymusowe, zauważono (bezpośrednio po wojnie) epidemie duru brzusznego.

Zważywszy, że dur brzuszny należy do najcięższych chorób zakaźnych, że daje poważne, często groźne dla życia powikłania, szczepienia przeciw niemu powinny obejmować jak najszersze masy ludności.

Pierwsze szczepienie dokonuje się dwukrotnie, każde zaś następne — jednorazowo. Przy pierwszym szczepieniu wstrzykuje się najpierw 0,5 ml, a następnie — po 7 — 10 dniach — 1 ml. Każde następne szczepienie należy powtarzać co 6 — 12 miesięcy, podając od razu 1 ml szczepionki.

Silniej uodporniony bywa, kto szczepi się parę lat z rzędu (nawet jeżeli ostatnie szczepienia odbywały się dawniej) niż zaszczepiony po raz pierwszy, choćby nawet niedawno.

Pierwotnie używano szczepionek doustnych, obecnie jednak jako jedynie skuteczną, stosuje się szczepionkę podskórną.

W Polsce od paru lat podaje się szczepionkę udoskonaloną przez prof. Ślopka. Ma ona tę przewagę nad szczepionką stosowaną dawniej, że zawiera głównie substancje, które wywołują powstawanie przeciwciał odpornościowych, natomiast bardzo mało ciał balastowych, które są przede wszystkim odpowiedzialne za reakcję poszczepienną. Omawiana szczepionka (tzw. *endodur)* ma i tę dobrą stronę, że szczepienie po raz pierwszy wymaga tylko jednorazowego wstrzyknięcia.

Odporność czynna wywołana w ten sposób rozwija się powoli. Pierwszy zastrzyk antygenów powoduje powstanie bardzo słabej odporności, ale przestraja organizm tak, że następny powoduje już wytwarzanie ogromnych ilości przeciwciał. Odporność czynna zdobyta w ten sposób, powoli również wygasa, ale pozostaje odporność p o t e n c j a l n a, to jest zdolność do szybkiej ponownej produkcji przeciwciał w momencie podziałania nowego bodźca.

SAMO szczepienie powinno odbywać się w warunkach ścisłej aseptyki. Silna reakcja poszczepienna przypisywana zazwyczaj samej szczepionce zależy często od dodatkowego zakażenia przyszczepiennego. Reakcja miejscowa objawia się zaczerwienieniem, obrzękiem i bólem w okolicy wstrzyknięcia, ogólna zaś — złym samopoczuciem, nudnościami, bólami głowy i podwyższoną ciepłotą ciała. Zarówno jedna jak i druga nie mają większego znaczenia i są zwykle krótkotrwałe. Intensywność reakcji poszczepiennej nie ma żadnego związku z wytwarzaniem odporności.

Wielu ludzi z niewiadomych przyczyn uprzedziło się do szczepień, inni znów boją się burzliwej reakcji poszczepiennej, a chcąc się wykręcić od szczepień tłumaczą się chorym sercem, osłabieniem, anemią itp. Należy im wytłumaczyć, że oni właśnie przede wszystkim powinni się szczepić, gdyż w razie zachorowania mają mniej szans zwalczania infekcji niż ludzie zupełnie zdrowi. Poza tym trzeba ich uświadomić, że szczepionkę przeciwdurową stosuje się również leczniczo w różnych przewlekłych schorzeniach, niekoniecznie nawet zakaźnych, ponieważ działa jako nieswoisty bodziec, pobudzający do walki siły obronne ustroju,

Jakkolwiek stan sanitarny kraju i poziom oświaty sanitarnej decydują o sytuacji epidemicznej duru brzusznego i durów rzekomych, jednak trzeba zawsze pamiętać, że szczepienia ochronne przeciw durowi brzusznemu są niezbędną metodą pomocniczą o wielkim znaczeniu epidemiologicznym.

Danuta Podkomorska

Dr ZYGMUNT OBRĘBSKI

ZAKAŻENIA PRZYRANNE

Zgorzel gazowa

ZAKAŻENIE zgorzelą gazową *(gangraena emphysematosa, oedema malignum)* rozwija się wskutek wtargnięcia przez ranę b e z t l e n o w c ó w (należących do czterech grup drobnoustrojów tego typu), z których najbardziej jadowitymi są: zarazek r o p o w i c y s z e l e s z c z ą c e j i zarazek o b r z ę k u z ł o ś l i w e g o. Beztlenowce te w zgorzeli gazowej występują łącznie z drobnoustrojami ropotwórczymi.

Beztlenowce, zarazki zgorzeli gazowej żyją jako saprofity w przewodzie pokarmowym ludzi i zwierząt i z wydalinami, względnie razem ze zwłokami dostają się do ziemi, gdzie — podobnie jak laseczniki tężca — przebywają w postaci zarodników.

Zgorzel gazowa należy do najcięższych zakażeń przyrannych i w warunkach normalnych występuje bardzo rzadko, natomiast różne katastrofy żywiołowe, które pociągają za sobą śmierć wielu ludzi i zwierząt (masowe rozkładanie się zwłok w ziemi) powodują wybuch licznych ognisk tego zakażenia.

Doskonałe warunki do rozwoju beztlenowców zgorzeli gazowej stwarzają rany miażdżone i szarpane, szczególnie zaś rany zadane odłamkami pocisków rozpryskujących się, które są zwykle zanieczyszczone ziemią.

Okres wylęgania beztlenowców zgorzeli gazowej trwa od jednej godziny do kilku dni.

Drobnoustroje ropotwórcze swoimi wydzielinami zabijają tkanki, których odżywianie uległo upośledzeniu i na tak przygotowanym gruncie zaczynają doskonale rozwijać się beztlenowce. Ta wzajemna pomoc drobnoustrojów ropotwórczych i beztlenowców w niszczeniu tkanek nie pozwala na zmobilizowanie we wrotach zakażenia obronnych sił ustroju ani na wytworzenie ropy.

Gdy zarodniki dostaną się w sprzyjające warunki — przekształcają się w laseczniki, a te szybko się rozmnażają i powodują gnicie tkanek, szczególnie mięśni. Rozkład białka tkankowego przebiega z obfitym wytwarzaniem gazu — dwutlenku węgla.

Ranny, zakażony zgorzelą gazową sprawia wrażenie bardzo ciężko chorego: rysy twarzy zaostrzone, cera ziemista, język suchy, oczy zapadnięte. Ciepłota ciała wynosi 38 — 39°, tętno 120 — 140 na minutę, słabo napięte; ciśnienie tętnicze krwi gwałtownie spada. Mimo ciężkiego stanu ogólnego i przyćmionej świadomości chory jest podniecony i skarży się na gwałtowne narastające bóle w ranie.

W okolicy rany zjawia się obrzęk b e z z a c z e r w i e n i e n i a. Ranny odczuwa tam ciasnotę wskutek rozpierania tkanek przez gazy. Przy ucisku w okolicy rany wyczuwa się trzeszczenie — następstwo pękania pęcherzyków gazu, a z rany wydostają się pęcherzyki gazu i wycieka posokowaty płyn o zabarwieniu brudno - czerwonym. Skóra w okolicy rany jest blada, lśniąca i pokryta plamami zielonkawymi, sinymi i brązowymi na skutek zaczopowania drobnych naczyń krwionośnych i rozpadu krwinek czerwonych. Płyn wysiękowy i gazy uciskają naczynia krwionośne, na plamach tworzą się pęcherze, wypełnione chłonką. Niekiedy całe płaty skóry obumierają.

Mięśnie, w których głównie tworzy się proces gnilny, mają początkowo wygląd gotowanego mięsa; na skutek rozpadu i obumierania włókien mięśnie przybierają zabarwienie ciemno - brązowe, podobne do rozpuszczonej czekolady.

ZAPOBIEGANIE

Aby zapobiec zakażeniu zgorzelą gazową, każdą ranę podejrzaną o zetknięcie z ziemią należy doszczętnie wyciąć i przysypać obficie proszkiem sulfonamidowym (pabiamid, marfanil), a następnie zastrzyknąć domięśniowo s u r o w i c ę p r z e c i w z g o r z e l i n o w ą w ilości 5 000 — 10 000 J. M. (jednostek międzynarodowych) najlepiej sposobem Besredki.

Rannego z wszelkimi objawami rozwiniętej zgorzeli gazowej w stanie zamroczenia, czeka niechybna śmierć. Pomoc takiemu choremu ogranicza się jedynie do ulżenia jego cierpieniom przez stosowanie środków przeciwbólowych (morfina, pantopon).

LECZENIE

Najlepsze wyniki leczenia uzyskuje się, gdy rozpoznanie zostanie ustalone wcześnie, jeszcze przed wystąpieniem wyraźnych objawów miejscowych, jak plamy na skórze, gnicie mięśni, trzeszczenie przy ucisku, wydzielanie się gazu z rany itp.

W razie gdy objawy miejscowe już wystąpiły, a stan ogólny chorego nie jest zły, leczenie polega na wycięciu ogniska zakażenia, jeśli nie jest zbyt rozległe, jeżeli natomiast rozszerzyło się już znacznie, należy wykonać szereg głębokich cięć przez plamy i pęcherze.

Ran nie tamponować, by nie tamować dostępu powietrza! Celem dostarczenia jak największej ilości tlenu, polewamy

rany wodą utlenioną lub roztworem nadmanganianu potasu *(kali hypermanganicum)* w roztworze 1 : 3 000. Dobre wyniki daje też stałe polewanie ran 2 proc. roztworem chloraminy.

Następnie, leczniczo wstrzykuje się domięśniowo po 50 000 — 100 000 J. M. surowicy przeciwzgorzelinowej na dobę. W ciężkich przypadkach wlewa się surowicę dożylnie w ilości 30 000 J. M. Wlewanie to należy wykonywać bardzo wolno — 30—45 minut.

Śmiertelność w przypadkach zgorzeli gazowej jest bardzo duża. Przypadki nieleczone chirurgicznie kończą się śmiercią w 100 proc., leczone zaś — 35—50 proc.

Rokowanie zależy również od umiejscowienia zakażenia. W ciężkich przypadkach, jeśli ognisko znajduje się na kończynie, można dokonać amputacji. Jeżeli ognisko znajduje się na tułowiu lub głowie, sprawa jest beznadziejna.

W bardzo rzadkich przypadkach choroba nie postępuje naprzód, ogranicza się do postaci r o p o w i c y g a z o w e j. Leczenie w tych razach polega na otwarciu (przecięciu) ropnia, a następnie na antyseptycznym opatrywaniu rany.

Równie rzadko zdarza się, że pierwsze oznaki zakażenia występują bardzo późno, bo w 2 — 3 tygodniu od chwili zranienia. Ta późna postać zgorzeli gazowej łatwiej poddaje się leczeniu.

Zygmunt Obrębski

DANUTA KASINA

Dokształcamy się na sali operacyjnej

Pielęgniarka przy operacjach klatki piersiowej

PRZECZYTAWSZY artykuł dr W. Sitkowskiego o operacjach wewnątrz klatki piersiowej, zdajemy sobie sprawę, jak ważną rzeczą jest przygotowanie narzędzi i materiału operacyjnego do opisanych zabiegów. Wiemy, że wszystkie te zabiegi wymagają dobrze zorganizowanej pracy całego zespołu operacyjnego, a zwłaszcza instrumentariuszki, od niej bowiem, od jej orientacji i sumiennego przygotowania zależy czasami pomyślny wynik operacji.

Aby ułatwić pracę koleżankom, które nie miały dotąd okazji zetknąć się zabiegami tego rodzaju, podam poniżej wykaz potrzebnych narzędzi, materiału operacyjnego i niezbędnych zestawów, a także opiszę schematycznie technikę instrumentowania.

KREW NAJWAŻNIEJSZA

Przy każdym zabiegu na klatce piersiowej podaje się choremu w kroplówce dożylnej krew konserwowaną lub ustaloną. Z tego względu trzeba mieć zawczasu przygotowany z e s t a w d o p r z e t a c z a n i a i dostateczną ilość krwi odpowiedniej grupy.

BIELIZNA

prześcieradła duże do obłożenia chorego	**— 2 szt.**
serwetki do obłożenia chorego	**— 6 „**
fartuchy	**— 5 „**
maski duże	**— 5 „**

Uwaga: na niektórych salach operacyjnych zespół operujący i instrumentariuszki myją się do zabiegu już w maskach.

troki do fartuchów (jeśli nie są przyszyte na stałe)	
podkłady do nakrycia stołu pomocniczego	**— 2 szt.**
serwetki na stoliki i podstawkę do narzędzi	**— 8 „**
kopertki na gazę i gaziki oprawione w klemy	**— 2 „**
serwetki do opięcia operatora, asysty i instrumentariuszki	**— 5 „**

GAZA

gaziki małe	**— 100 szt.**
gaza duża	**— 50 „**
setony	**— 15 „**
‚groszki“	**— 80 „**

Uwaga: w przypadku obfitego krwawienia miąższowego wymieniona ilość gazy może nie wystarczyć. Trzeba mieć w pogotowiu rezerwowy zapas.

Trudno jest podać z góry bardziej określoną ilość, należy jednak zawsze pamiętać o zasadzie oszczędności, ale n i g d y n i e k o s z t e m ś c i s ł e j a s e p t y k i!

NARZĘDZIA

Przyrząd do mycia pola operacyjnego	**— 1 szt.**
spinki do serwetek i prześcieradeł	**— 20 „**
pałeczki do jodyny	**— 4 „**
noże	
— do przecięcia skóry	**— 1 „**
— do przecięcia mięśni	**— 1 „**
— zapasowy	**— 1 „**
— kostny	**— 1 „**
narzędzia hemostatyczne (peany, kochery)	**— 30 „**
szczypczyki chirurgiczne	**— 2 „**
szczypczyki anatomiczne	
— krótkie	**— 2 „**
— długie	**— 1 „**

nożyczki

— tępo-tępe	— 2 „
— mocne do przecinania mięśni	— 1 „
— tępo-tępe do przecinania opłucnej	— 1 „
— proste do obcinania podwiązek	— 1 „
kleszczyk naczyniowy zakrzywiony do preparowania (tzw. dysektor)	— 1 „
haki ostre	— 1 „
haki Semba	— 2 „
klemy długie do oprawiania gazików	— 15 „
sonda Kochera	— 1 „
skrobaczki Semba komplet od Nr 1 — 7	
nożyce do cięcia żeber (tzw. kostotom)	— 1 „
albo tzw. nożyce Semba do przednich i tylnych końców żeber	
ogryzacz (luer)	
— duży	— 1 „
— mały	— 1 „
żebrotrzymacz	
rozwieracz automatyczny (retraktor)	
duży	— 1 „
mały	— 1 „
imadła	— 4 „
łopatka duża	— 1 „
haki ostre jednozębne do zamknięcia klatki piersiowej	— 2 „
deretraktor	— 1 „
naczynia na sól fizjologiczną, antybiotyki itp. igły chirurgiczne małe o przekroju okrągłym do podkłucia dużych naczyń krwionośnych	— 4 „
— mięśniowe o przekroju prostokątnym do zamknięcia opłucnej	— 4 „
— mięśniowe duże o przekroju prostokątnym do zaszycia mięśni	— 4 „
— duże mało wygięte do zaszycia skóry	— 4 „
szwy catgutowe	
— podwiązki cienkie (catgut Nr 1) do podwiązania naczyń	— 3—5 „
szwy mocne (catgut Nr 3—4)	— 30 „
szwy ciągłe, mocne (catgut Nr 2)	— 3—4 „
szwy jedwabne	
— długości 20 cm	— 2 — 4 „
— długości 10 — 15 cm	— 20 — 30 „

Powyższy zestaw narzędzi służy do każdego otwarcia klatki piersiowej. Zależnie od rodzaju zabiegu wewnątrz klatki piersiowej należy wykaz uzupełnić i dodać narzędzia odpowiednie dla usuwania płata płucnego względnie całego płuca: specjalne haki, kleszcze, Duvale, zgłębniki, dyssektory, klemy itd. Do zespolenia przełykowo-żołądkowego niezbędne są ponadto odpowiednie klemy żołądkowe i miazdże.

PRZEBIEG OPERACJI

Instrumentariuszka umyta do zabiegu

odkaża ręce płynem dezynfekcyjnym;
otwiera puszkę pedałem, względnie ktoś z personelu pomocniczego podaje jej otwartą puszkę;
sprawdza jałowość puszki (wyjmuje siarkę, która — jak wiemy — rozpuszcza się w 120⁰ C);
nakłada maskę (zawiązuje ktoś z personelu pomocniczego);
wyjmuje i nakłada fartuch (zawiązuje ktoś z personelu pomocniczego);
nakrywa podkładem stół pomocniczy (jeśli to jest stół mały — serwetkami);
nakrywa serwetkami podstawkę na narzędzia;
nakłada pokrowce na stoliki umieszczone ponad stołem operacyjnym;
posypuje ręce wyjałowionym talkiem;
nakłada rękawiczki;
serwetkami lub podkładem nakrywa uprzednio przykryte stoliki;

a. stolik nad stołem operacyjnym na narzędzia do tkanek miękkich,

b. stolik na narzędzia kostne:

szykuje szwy i podwiązki;
przygotowuje materiał operacyjny, setony do podwieszenia łopatki i strzykawki do nowokainy.

Operator i asysta — umyci do zabiegu

— gaza do wytarcia rąk,
— maski (zawiązuje personel pomocniczy),
— fartuchy (zawiązuje personel pomocniczy),
— troki do mankietów (operującym zawiązuje instrumentariuszka),
— przyrząd do obmycia pola operacyjnego z 6 gazikami,
— pałeczka do jodyny.

Obłożenie chorego

— prześcieradła na dolną i górną część ciała,
— serwetki — stosownie do potrzeby — 6 lub 7,
— spinki — 8 (czasem potrzeba więcej, trzeba więc mieć je w pogotowiu),
— ostre narzędzia (nóż lub igła) do oznaczenia linii cięcia,
— talk i rękawiczki dla operującego i asysty.

W tym czasie personel pomocniczy ustawia stoliki ponad stołem operacyjnym i stosownie do zwyczaju panującego na danej sali operacyjnej — podłącza elektrodę do diatermii.

Instrumentariuszka przypina torebkę z gazikami i klemami oprawionymi gazą.

Cięcie skóry

Operatorowi podajemy nóż i gazę, asyście zaś — gazę i narzędzia hemostatyczne.

Po złapaniu krwawiących naczyń operator naczynia te koaguluje lub podwiązuje. Do podwiązania należy podać nitkę catgutową na peanie, asyście zaś — nożyczki do obcinania podwiązek.

Obłożenie rany.

Po przecięciu skóry ranę należy obłożyć serwetkami, aby ściślej odizolować pole operacyjne.

Serwetki do obłożenia rany oraz spinki podaje się operatorowi i asyście (serwetki — dwie, natomiast ilość spinaków zależy od szerokości cięcia).

Uwaga: trzeba pamiętać, że nóż, którym przecięto skórę nie może być używany po raz drugi w czasie tego zabiegu, należy go odrzucić, tak samo zresztą jak raz użyte narzędzia hemostatyczne.

Przecięcie powięzi

Do przecięcia powięzi podajemy operatorowi świeży nóż i gazę, asyście zaś — narzędzia hemostatyczne do łapania naczyń.

Podwiązanie lub koagulacja naczyń.

Przecina się mięśnie — za pomocą nożyczek, niektórzy operatorzy używają do tego noża i sondy *Kochera*. Przecinając mięśnie nożyczkami operator najczęściej posługuje się lekko wygiętym, otwartym klemem albo czyni to wprost na rozstawionych dwóch palcach.

Mięśnie przecina się etapami i w trakcie tego drobne naczynia krwionośne można koagulować, większe natomiast podwiązuje się albo podkłuwa.

Przy podwiązywaniu i podkłuwaniu naczyń krwionośnych trzeba asyście podać nożyczki p r o s t e do obcinania podwiązek.

Do rozsunięcia i przytrzymania rozciętych mięśni używa się haków S e m b a. Haki te podajemy asyście.

Podwieszenie łopatki.

Następnym etapem zabiegu jest podwieszenie łopatki za pomocą specjalnej igły podobnej do igły D e s c h a m p a, albo dużej igły mięśniowej nawleczonej jedwabiem, na imadle.

Łopatkę należy umocować, aby w czasie zabiegu nie zasłaniała pola operacyjnego. W tym celu podaje się operatorowi dwa setony ze spinkami, a ten z kolei podaje je poza stół operacyjny dla umocowania na specjalnym haku.

Nacięcia okostnej.

— Nóż kostny, a potem — w kolejności — odpowiednie skrobaczki.

Po odpreparowaniu okostnej, po całkowitym uwolnieniu żebra, używa się do jego przecięcia nożyc kostnych S e m b a lub kostotomu.

Następuje wypreparowanie nerwu międzyżebrowego za pomocą nożyczek i szczypczyków chirurgicznych.

Chrząstkę operator wycina zgryzaczem L u e r a.

Jeżeli zabieg wykonuje się w pozycji bocznej, to wycina się jedno żebro, natomiast w pozycji czołowo-barkowej wycina się żebro, a w sąsiednich — 2—3 żebrach robi się dodatkowe wycięcia w rodzaju okien.

Za pomocą szczypczyków anatomicznych i nożyczek operator usuwa nerw międzyżebrowy, uprzednio wypreparowany dyssektorem.

Przecięcie opłucnej

Do przecięcia opłucnej należy podać delikatne nożyczki, a brzegi opłucnej łapie się przy tym na peany.

Po otwarciu opłucnej — dla lepszego dostępu — należy mieć w pogotowiu automatyczny rozwieracz zwany retraktorem.

— Antybiotyki w proszku lub płynie.

Drenowan' — drainage

— Nóż do nacięcia skóry celem wprowadzenia drenu.

— Dren dość długi (50 — 70 cm), delikatny o dużej sprężystości.

— Klem do przeciągnięcia drenu oraz igła skórna z nitką jedwabną do przyszycia drenu.

Zamknięcie opłucnej

— Igły mięśniowe na imadle, pojedyncze szwy catgutowe w ilości około 20 sztuk.

Ponieważ na opłucnę podajemy szwy pojedyńcze, za każdym razem należy podać jednocześnie pean do złapania tego szwu. Szwy zawiązuje się po nałożeniu wszystkich i po założeniu deretraktora.

— Proste nożyczki do obcięcia szwów (obcina asysta lub instrumentariuszka).

Dla ściągnięcia klatki piersiowej podaje się haki jednozębne, za pomocą których zbliża się również brzegi opłucnej.

Zaszycie mięśni

— Szwy catgutowe do szycia mięśni. Igła duża, mięśniowa, na imadle.

Przed zaszyciem mięśni należy pamiętać o zwolnieniu łopatki, podwieszonej na początku zabiegu.

Mięśnie szyje operator zazwyczaj szwem ciągłym, można jednak — ze względu na oszczędność catgutu — nakładać szwy pojedyncze.

Ponieważ chory ma cięcie na plecach, przeto nie stosuje się klamerek, lecz skórę zaszywa się jedwabiem lub silkiem — igłą skórną na imadle. Szwy przeważnie pojedyncze.

— Pałeczka umaczana w jodynie.

— Proszek sulfamidowy do przysypania rany.

— Opatrunek : gaza, lignina, opaski; aby opatrunek dobrze umocować, nakłada się specjalny serdak.

Danuta Kasina

Zespół operacyjny pracuje

W dzisiejszym ujęciu sala operacyjna lub blok operacyjny, to nie tylko jedno pomieszczenie, w którym przeprowadza się zabiegi operacyjne, ale cały zespół — blok pomieszczeń, obejmujący jedną lub kilka sal operacyjnych wraz z pomieszczeniami pomocniczymi.

W skład personelu bloku operacyjnego wchodzi pielęgniarka, instrumentariuszka (jedna lub kilka) oraz personel pomocniczy.

Pracą personelu na sali operacyjnej kieruje pielęgniarka — instrumentariuszka. Na dużych salach operacyjnych, gdzie pracuje kilka pielęgniarek - instrumentariuszek na czele zespołu stoi starsza instrumentariuszka zwana kierowniczką sali operacyjnej lub bloku operacyjnego.

Kierowniczką sali operacyjnej powinna być osoba doświadczona, posiadająca odpowiednie wykształcenie i praktykę, znająca całokształt pracy na sali operacyjnej, posiadająca bezwzględne poczucie aseptyki. Stanowisko kierowniczki sali operacyjnej wymaga dużego taktu i spokoju. Dobrze, gdy kierowniczka sali operacyjnej posiada zdolności pedagogiczne, które ułatwiają jej kształcenie nowych kadr instrumentariuszek.

OBOWIĄZKI KIEROWNICZKI BLOKU

Do najważniejszych obowiązków kierowniczki bloku należy piecza nad należytym wyjaławianiem materiału operacyjnego: bielizny operacyjnej i materiału opatrunkowego, narzędzi, rękawiczk. Spejalnie troskliwą opieką kierowniczki powinien być otoczony materiał do szycia: silk, jedwab, a szczególnie katgut. Ogromnie ważna czynność wyjaławiania katgutu wykonuje sama kierowniczka lub poleca ją pielęgniarce dobrze wykwalifikowanej.

Na dużych oddziałach chirurgicznych, gdzie zużywa się dużo materiału opatrunkowego, musi zwrócić baczną uwagę, ażeby materiał ten niepotrzebnie się nie marnował. Tak np. gazę zużytą na sali operacyjnej do zabiegów czystych, można po uprzednim wypraniu i wyjałowieniu z powodzeniem użyć na sali opatrunkowej.

Kierowniczka dba o idealną czystość bloku operacyjnego. Sprawdza działanie aparatów używanych na sali operacyjnej, jak ssaki, diatermię, aparaty do elektrokoagulacji itp. Przy najmniejszych uszkodzeniach natychmiast powoduje ich naprawę.

Codzienną troską kierowniczki powinny być narzędzia chirurgiczne, na których całość i należyte konserwowanie winna stale zwracać uwagę a braki uzupełniać.

Kierowniczka wystawia zapotrzebowania na leki dla sali operacyjnej, przy czym specjalnie powinna uważać na narkotyki jak morfina i kokaina, przechowywać je pod zamknięciem w odpowiednim pomieszczeniu i prowadzić dokładną ich ewidencję.

Plan zabiegów operacyjnych ustala kierownik oddziału chirurgicznego. Kierowniczka musi być z nim zawsze w kontakcie, aby znać plan zabiegów, wyznaczyć odpowiednie pielęgniarki do instrumentowania, przygotować personel oraz materiał operacyjny i narzędzia zarówno jakościowo jak i ilościowo.

Troska o stałe podnoszenie poziomu wykształcenia pielęgniarek - instrumentariuszek, nauczanie uczennic ze szkół pielęgniarstwa, które odbywają praktykę na sali, należyte wyszkolenie personelu pomocniczego — oto wdzięczne pole pracy dla kierowniczki.

Nie wszystkie opisane wyżej czynności kierowniczka musi wykonywać sama, może zlecić ich wykonanie w zależności od zadań, pielęgniarkom lub salowym, niemniej jednak powinna wszystkiego sama dopilnować, wszędzie zajrzeć, wszystko sprawdzić.

Wszystkie swe obowiązki kierowniczka wykonuje starannie, z pełnym poczuciem odpowiedzialności, od jej pracy i sumienności zależy życie operowanego chorego, w pewnym znaczeniu w tym samym stopniu, co od pracy operatora. Kierowniczka powinna się cieszyć zaufaniem ordynatora oddziału i oddziałowych lekarzy; zaufanie to zdobędzie przez obowiązkowe i staranne wykonywanie pracy oraz stałe podnoszenie poziomu swej zawodowej wiedzy.

OBOWIĄZKI INSTRUMENTARIUSZKI

Pielęgniarka - instrumentariuszka powinna być osobą raczej młodą i fizycznie silną, zdolną do znoszenia trudu przy ciężkich i długotrwałych zabiegach. Jej wygląd zewnętrzny powinien zwracać uwagę porządkiem i czystością. Obuwie wyczyszczone, fartuch czysty i dobrze wyprasowany, włosy gładko zaczesane, bez loków, w czasie pracy schowane całkowicie pod czepek. Szczególną uwagę należy zwrócić na skórę rąk i przedramion, na której nie powinno być żadnych uszkodzeń. Paznokcie nie mogą być malowane, muszą być obcięte krótko, oczywiście czyste. W czasie pracy nie wolno nosić żadnej biżuterii; kosmetyki powinny być używane z dużym umiarkowaniem i dyskretnie.

Praca na sali operacyjnej jest ciężka, wymaga dużego napięcia nerwowego. Pielęgniarka-instrumentariuszka musi być zawsze opanowana — nawet w najcięższych sytuacjach — w czasie zabiegu musi ją cechować spokój i duże zdyscyplinowanie. W czasie operacji instrumentariuszka przyjmuje pogodnie i bez słowa zwracane jej uwagi i stara się dostosować do żądań operatora.

Dobra instrumentariuszka musi stale wzbogacać swoją wiedzę, od jej umiejętności i wiadomości w dużej mierze zależą rezultaty pracy na sali operacyjnej; od jej sumienności w przestrzeganiu zasad aseptyki zależy życie chorego. Ażeby móc jakościowo i ilościowo dobrać potrzebne do danego zabiegu narzędzia, należy znać i rozumieć przebieg operacji, a w czasie instrumentowania z największą uwagą śledzić każdy ruch operatora i asysty, by szybko reagować na ich zapotrzebowanie.

PERSONEL POMOCNICZY

Personel pomocniczy pomaga pielęgniarkom operacyjnym w przygotowaniu do zabiegu, w ułożeniu chorego na stole operacyjnym, przy ubieraniu lekarzy przed zabiegiem oraz przy utrzymywaniu porządku i czystości na sali operacyjnej. Liczba pracowników na sali operacyjnej powinna odpowiadać wielkości bloku operacyjnego. Każdy z pracowników na sali operacyjnej powinien mieć wyznaczony swój odcinek pracy, a znajomość podstawowych zasad aseptyki i ścisłe ich przestrzeganie obejmuje wszystkich i należy do ich zasadniczych obowiązków. Nowoprzybyli pracownicy muszą być pouczeni przez pielęgniarki o zachowaniu się i tak długo kontrolowani, dopóki kierowniczka sali operacyjnej nie uzna nowego pracownika za dostatecznie wykwalifikowanego, aby można było go obdarzyć zaufaniem, że nie będzie popełniał błędów i wykroczeń przeciwko zasadom aseptyki.

Na zakończenie pragnę dodać, że największą zaletą pracowników bloku operacyjnego jest ich prawdomówność, która nawet przy popełnionym błędzie może w czas zapobiec nieszczęściu.

Ł. D.

Z natatnika uczennicy

ODLEŻYNY

JEDNYM z najważniejszych zadań pielęgniarki w pracy szpitalnej jest zapewnienie choremu troskliwej opieki polegającej na zapewnieniu mu wygodnego i czystego posłania, przestrzegania higieny osobistej, świeżego powietrza, odpowiedniej diety i temperatury otoczenia, jednym słowem zapewnienie mu niezbędnych warunków życia przystosowanych do jego stanu zdrowia. Wymaga to od pielęgniarki stałej i czujnej obserwacji chorego, troskliwości o jego czystość i wygodę, wiedzy, umiejętności technicznej oraz dużo dobrej woli i zamiłowania do zawodu.

Musimy pamiętać, że zaniedbanie przez pielęgniarkę niektórych jej obowiązków może doprowadzić do schorzeń dodatkowych lub powikłań. Tak np. u ciężko chorych, długo i bezwładnie leżących mogą powstać odleżyny, których leczenie jest niejednokrotnie bardzo przewlekłe i trudne.

Specjalnie podatni na powstawanie odleżyn są chorzy wyniszczeni, starcy, zbytnio otyli, sparaliżowani, ze złą przemianą materii, ze schorzeniami obwodowego krążenia krwi, po urazach kręgosłupa, z zaburzeniami troficznymi narządów kończyn, a w szczególności chorzy na cukrzycę.

Odleżyny *(decubitus)* powstają na skutek niedożywienia tkanek, ich niedotlenienia spowodowanego brakiem dopływu krwi tętniczej. Przyczyną złego dopływu krwi może być długotrwały ucisk pościeli, szyn, opatrunku gipsowego lub wagi ciała. Nadmierne ciepło, wilgoć, okruchy na pościeli, fałdy lub grube szwy prześcieradeł czy też podkładów — sprzyjają szybszemu powstawaniu odleżyn. Niektóre wyniszczające choroby, jak: tyfus brzuszny, czerwonka oraz stany pooperacyjne, powodujące zmniejszoną wydolność krążenia obwodowego specjalnie usposabiają do tworzenia się odleżyn, nawet przy bardzo starannym pielęgnowaniu.

Najbardziej narażone na ucisk u osób wychudzonych są wystające kości pokryte cienką warstwą skóry bez podkładu mięśni i tkanki tłuszczowej, są to: okolice kości krzyżowej, łokcie, łopatki, kości piętowe i kość potylicowa, a u osób otyłych — mało ukrwione części, jak pośladki i łydki.

Odleżyny są poważnym i groźnym powikłaniem, trudnym do wyleczenia, mogącym prowadzić do zakażenia nie tylko miejscowego, ale także ogólnego, które może stać się przyczyną zejścia śmiertelnego. Jednak w większości przypadków, zwłaszcza u chorych chronicznych, staranne pielęgnowanie usuwa niebezpieczeństwo powstawania odleżyn.

Zapobieganie odleżynom jest więc wobec możliwości niebezpiecznych i bolesnych komplikacji — bezwzględnym obowiązkiem każdej dobrej pielęgniarki.

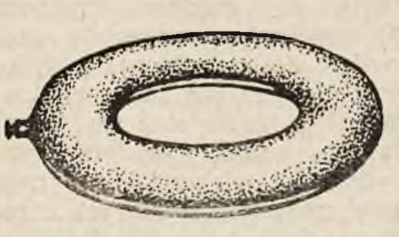
ZAPOBIEGANIE

Pielęgniarka opiekująca się chorym, który nie może o włas-

nych siłach obracać się w łóżku, powinna zapobiegać długotrwałemu uciskowi na miejsca najbardziej podatne na odleżyny przez częste obracanie na boki (co 3—4 godziny w dzień i w nocy), podpierając plecy chorego wałkiem lub poduszką. Przy położeniu na boku wsuwamy między kolana małe poduszeczki lub mały kocyk, owinięty kawałkiem płótna lub miękkim ręcznikiem.

Dla pobudzenia żywszego krążenia krwi należy zmywać pięty, plecy, pośladki, okolicę krzyża i kark wodą z mydłem, dobrze osuszać, energicznie wycierając miękkim ręcznikiem, a następnie natrzeć alkoholem 50 proc. (wódką), bądź spirytusem denaturowanym, octem aromatycznym lub wodą kolońską, na koniec potalkować. Zabieg ten powtarzamy przynajmniej 2 razy dziennie: rano i wieczorem, a u ciężko chorych, u których możemy obawiać się powstania odleżyn, 3 — 4 razy dziennie. Zmywanie skóry wodą z mydłem nie tylko oczyszcza naskórek, usuwając łój i pot, ale działa jednocześnie jako masaż pobudzający krążenie krwi, dopomagając do lepszego odżywiania tkanek. Alkohol działa ściągająco na tkanki, ochładza je i osusza, talk zaś usuwa tarcie powierzchni ciała.

Nie należy podkładać poduszek z pierza lub układać chorego na pierzynie, pierze prze-



grzewa bowiem ciało, wydelikaca tkanki, rozpulchnia je i usposabia do powstawania odleżyn. Natomiast wskazane jest używanie materacy wodnych, napełnionych ciepłą wodą lub powietrznych. Oba te rodzaje materaców nie powinny być nadmiernie napełnione i zbyt twarde, zawsze pokryte prześcieradłem lub podkładem, najlepiej z lnianego płótna. Pod miejsca najbardziej narażone na ucisk podkładamy kółka gumowe, odpowiednio niezbyt mocno napełnione powietrzem, gdyż wówczas mogą przynieść więcej szkody niż pożytku. Kółka gumowe wkłada się do specjalnej powłoczki, posypanej talkiem lub w braku powłoczki owijamy je bandażem. Kółka gumowe specjalnie poleca się dla ochrony kości ogonowej. Pod pięty, łokcie, kark lub uszy podkładamy małe krążki z waty owinięte bandażem.



Aby nie dopuścić do tworzenia się zmarszczek na prześcieradłach i podkładach trzeba je kilka razy w ciągu dnia dobrze naciągać, a przy tej sposobności za każdym razem wymiatać okruchy, zwłaszcza po każdym posiłku, po zmianie opatrunku, po podaniu basenu, przy zmianie pozycji chorego lub po zmywaniu pleców.

Specjalną opieką należy otoczyć chorych oddających bezwiednie mocz i kał, względnie z wydzielinami z pochwy lub wydzielinami z przetok ropnych. Każdy płyn dłużej działający rozpulchnia tkanki, czyniąc je podatniejszymi do powstawania odleżyn, mocz zaś zawiera ponadto żrący amoniak, ostro działający na naskórek i mogący doprowadzić do zniszczenia go w ciągu kilku godzin. Miejsca narażone na zwilżenie moczem, jak: krocze, pośladki i okolice krzyża ochraniamy smarując obojętnym tłuszczem, np. lanoliną.

Niebezpieczeństwo powstania odleżyn już w ciągu kilku godzin grozi także przy założeniu kroplówki, gdy płyn nie wsysa się do odbytnicy i wycieka na zewnątrz. Należy często sprawdzać czy podkład nie jest mokry, czy płyn podawany dobrze się wsysa.

Nieumiejętne podawanie podsuwaczy i gwałtowne ich wysuwanie może prowadzić do uszkodzenia delikatnego naskórka. Ważne jest, aby chory zbyt długo nie leżał na basenie, na który dobrze jest położyć krążek z miękkiej flaneli (oczywiście oddzielny dla każdego chorego).

OBJAWY

Pomimo usilnych starań i troskliwej opieki w niektórych przypadkach nie uda się uniknąć tworzenia się odleżyn, dzieje się to wtedy, gdy powstają one na skutek porażenia systemu nerwowego, kierującego odżywianiem tkanek. Następstwem upośledzenia odżywiania tkanek jest ich obumieranie.

U ciężko chorych przy każdym zmywaniu i nacieraniu należy bacznie obserwować, czy miejsca narażone na ucisk nie są zaczerwienione. Jest to pierwszy zwiastun odleżyn, o czym pielęgniarka jest obowiązana natychmiast powiadomić lekarza.

Po zauważeniu zaczerwienienia należy podwoić starania i zabiegi zapobiegawcze, a więc zmywać miejsca zaczerwienione co 2 — 3 godziny, dobrze osuszać, zmywać alkoholem i talkować. Unikać ucisku na miejsca zaczerwienione i o ile możności — pozostawiać je odkryte, by zapewnić dopływ powietrza. W tym stanie w miejscach zaczerwienionych chory zaczyna już odczuwać ból. Stan ten jednak przy odpowiednim postępowaniu można usunąć i nie dopuścić do utworzenia się odleżyn. Jeżeli jednak zaczerwienienie nie będzie należycie leczone, to proces niedożywienia tkanek zacznie się pogłębiać. Powierzchowne, włosowate naczynia żylne najwięcej narażone na ucisk nie mogą przesunąć nagromadzonej krwi, tworzą się wówczas zastoiny, które nie dopuszczają dopływu świeżej krwi tętniczej.

W tym okresie już nie zmywa się miejsca odleżyn, lecz ob-

mywa naokoło ruchem dośrodkowym, aby nie powiększyć pęknięcia oraz nie spowodować dalszego uszkodzenia naskórka. Pęknięty naskórek zmywa się bardzo delikatnie watą lub gazą wyjałowioną, zmoczoną w fizjologicznym roztworze soli. Maści stosujemy zgodnie z poleceniem lekarza.

Jeżeli ucisk na sine miejsce działa nadal i krążenie krwi nie jest przywrócone, rozpoczyna się zniszczenie tkanki już obumarłej. W dobrych warunkach, tj. po usunięciu ucisku, zmartwiałe tkanki mogą być wessane i mogą odpłynąć z krwią i limfą, w innym przypadku należy martwe tkanki usunąć. Enzymy i fermenty uwolnione z rozpadających się tkanek rozmiękczają otoczenie i prowadzą do głębokiego owrzodzenia przy coraz większym ubytku tkanki. Mamy już do czynienia z otwartą raną, jak każda podatną na zakażenie, która może drążyć aż do kości. Przy miejscowym zakażeniu rana staje się szara i daje dużo płynnej wydzieliny, a zmartwiałe tkanki odpadają kawałkami. Czasami mogą powstać takie choroby przyranne, jak róża i zgorzel. Z raną postępuje się tak jak z każdą raną septyczną, leczenie ustala lekarz.

LECZENIE

Metody leczenia są różne, jednak zawsze odleżynę traktuje się chirurgicznie. Na proces gojenia się rany naświetlanie lampą kwarcową wpływa czasem dodatnio. Niekiedy stosuje się leczenie podobne jak przy głębokich oparzeniach, a więc taniną i kwasem pikrynowym, przykładamy także maść ichtiolową, cynkową, zmywamy płynem Dakina lub fizjologicznym roztworem soli. Zasadą jest, by ranę utrzymywać sucho i czysto.

Dla umocnienia opatrunku na pośladkach lub kości ogonowej poleca się używanie trójkątnej serwetki: dwa końce wiąże się w pasie, a trzeci przełożywszy między nogami przywiązuje się z przodu do pozostałych końców. Używanie przylepców dla umocowania opatrunku jest nie wskazane, gdyż uszkadza skórę. Dobre wyniki daje w ciężkich przypadkach przetoczenie krwi.

Leczenie odleżyn jest trudne i długotrwałe, zapobieganie zaś łatwe, mimo, iż wymaga stałego wysiłku i troskliwości.

I. Z.

DIETA PRZY CUKRZYCY

Wobec wzrastającego ciągle zainteresowania leczeniem cukrzycy metodą prof. Węgierki, udałam się do Profesora i uzyskałam odpowiedzi na następujące pytania, dotyczące stosowania dietetyki przy tej chorobie.

P y t a n i e I: **Jaka jest zasadnicza różnica w dietetycznym leczeniu metodą Ob. Profesora a leczeniem według starych metod?**

O d p o w i e d ź: Przede wszystkim należy w miarę możności stosować dietę zbliżoną do normalnej, tak ze względu na lepsze psychiczne samopoczucie pacjenta, jak i na jego fizjologiczne potrzeby. Dawniej nie leczono chorego na cukrzycę, a zajmowano się leczeniem niektórych jej objawów. Dziś przystępując do leczenia chorego, mam na uwadze ogólny jego stan, toteż każdy chory musi być przede wszystkim wszechstronnie zbadany, a stosowane leczenie musi uwzględniać jego ogólny stan. Dawniej dieta dla chorego na cukrzycę ograniczała się jedynie do pewnej kategorii potraw i to potraw bardzo monotonnych. Dieta ta zawierała ściśle odważone, bardzo małe ilości pieczywa, a dozwolone pieczywo stanowił głównie chleb Grahama lub ciemny. Niesłodzone napoje oraz poważne ograniczenia w pieczywie dawały się dotkliwie choremu we znaki. Posiłki przeładowywano tłustym mięsem, kapustą lub bigosem; zupy podawano bez dodatków mącznych, jarzyny zaś pozbawione przyprawy w postaci zrumienionej bułeczki, zabraniano spożywania sosów na zasmażkach oraz tak lubianych u nas ziemniaków i klusek. Pacjent przy tym był stale głodny i bardzo znudzony brakiem urozmaicenia, a szczególnie brakiem pieczywa.

P y t a n i e II: **Jaki jest stosunek poszczególnych składników pokarmowych przepisywanych przez Ob. Profesora w dietach?**

O d p o w i e d ź: Każda dieta dla chorego na cukrzycę musi zawierać przewidzianą ilość węglowodanów, pewne minimum białka i bardzo ograniczoną ilość tłuszczu (w zależności od rodzaju cukrzycy).

Dążę zawsze do wybitnie dodatniego bilansu węglowodanowego, o ile już w dietach niektórych chorych stosuję pewną ilość tłuszczu (poza tłuszczem zawartym w produktach), to ilość ta nie przekracza 2—3 dkg.

P y t a n i e III: **Czy dokładne ważenie produktów, przeznaczonych do jadłospisów, jest konieczne?**

O d p o w i e d ź: Nie, raz zważona porcja, np. mięsa czy ryby, może być przez pacjenta określana później „na oko". Cukier, dżem, miód — mierzymy łyżeczkami; ziemniaki, kasze, kluski — łyżkami (dla pokarmu ugotowanego miarą jest łyżka kopiasta; przy mierzeniu kasz ,mąki na surowo — stosujemy miary łyżek strychowanych). Natomiast o ile choremu wyznaczam pewną ilość tłuszczu (masła, smalcu, oliwy itp. a nawet śmietany) — wymagam **ścisłego** ważenia.

P y t a n i e IV: **Czy Obywatel Profesor stosuje schematy diet?**

O d p o w i e d ź: Wytyczne leczenia są ujęte w pewne schematy w zależności od rodzaju cukrzycy. U chorych, którzy ściśle stosują się do moich wskazówek, zauważa się dużą poprawę stanu zdrowia, a celem leczenia jest doprowadzenie chorego do lepszego samopoczucia i przywrócenia mu zdrowia i zdolności do pracy.

P y t a n i e V: **Czy przy leczeniu stosowanym przez Ob. Profesora może zdarzyć się kwasica?**

O d p o w i e d ź: Stanowczo nie.

P y t a n i e VI: **Czy chory na cukrzycę może fizycznie pracować?**

O d p o w i e d ź: Owszem, gdy się go doprowadzi do odpowiedniego stanu zdrowia.

P y t a n i e VII: **Czy dużo ze swoich pacjentów lokuje Ob. Profesor w szpitalach?**

O d p o w i e d ź: Od wielu lat walczę z umieszczaniem chorych na cukrzycę w szpitalach i tym samym blokowaniem bardzo potrzebnych dziś szpitalnych łóżek. Tylko bardzo nieliczna liczba chorych na cukrzycę wymaga leczenia szpitalnego.

*

* *

Na tym zakończyłam konsultację, dziękując Ob. Profesorowi.

Na zakończenie pragnę dodać, że decyzja co do wyboru zestawień potraw, jak również co do rodzaju diety zależna jest zawsze od lekarza, który zna dokładnie stan chorego. W żadnym wypadku dietetyczka nie powinna na swoją rękę układać jadłospisu, tak jak np. aptekarz nie wykazuje własnej inicjatywy w doborze ilościowym, czy jakościowym różnych leków i gdyby się ściśle nie trzymał recepty mógłby poważnie choremu zaszkodzić.

M. Morzkowska

*

Redakcja zapytuje swoje Czytelniczki, czy zechciałyby w naszym piśmie ujrzeć szereg przepisów z zakresu diety przy cukrzycy? Zastosujemy się do nadesłanych życzeń w zależności od ich liczby, oczywiście z podobnym zastrzeżeniem, jakie umieściła przy końcu swego artykułu mgr M. Morzkowska.

WARUNKI PRENUMERATY DZIENNIKA URZĘDOWEGO MINISTERSTWA ZDROWIA NA 1953 R.

Prenumerata bezpłatna.

Jednostki objęte budżetem Państwa (centralnym i terenowym) uprawnione są nadal do bezpłatnej prenumeraty Dziennika Urzędowego Ministerstwa Zdrowia, jeżeli zostały zamieszczone w rozdzielniku ustalonym przez Ministerstwo Zdrowia.

Tryb zgłaszania wniosków o bezpłatną prenumeratę pozostaje niezmieniony.

Prenumerata płatna.

Opłata za prenumeratę Dziennika Urzędowego Ministerstwa Zdrowia wynosi: rocznie 30 zł., półrocznie 15 zł., kwartalnie 7 zł. 50 gr.

Opłata powinna być uiszczona co najmniej na jeden miesiąc przed okresem prenumeraty, tj. do dnia 15 marca 1953 za II kwartał br. (od numeru 7/53).

Zamówienia i wpłaty na prenumeratę bieżącą (od II kwartału 1953) przyjmują wyłącznie urzędy pocztowe. Zgłoszenia prenumeraty do redakcji bądź administracji wydawnictwa są zbędne.

Rachunki za prenumeratę wystawiane nie będą.

Zamówienia i wpłaty za numery zaległe, od nr 1/1953 r. Dziennika Urzędowego Ministerstwa Zdrowia przyjmuje jedynie PPK „Ruch", Dział Archiwalny, Warszawa, ul. Srebrna Nr 12. Równocześnie z zamówieniem należy uiścić prenumeratę przez wpłatę odpowiedniej kwoty do PKO na konto Nr I-15-201/110 PPK „Ruch", Warszawa, ul. Srebrna 12.

Prof. Olga Lepieszyńska

„Przeżyłam 81 lat, a więcej niż 50 lat noszę z dumą zaszczytne miano członka Komunistycznej Partii.

Radzieckiej władzy, Partii, wielkiemu Stalinowi zawdzięczam moje zdobycze w dziedzinie nauki. Jakże pragnęłabym żyć jeszcze wiele, wiele lat, aby memu radzieckiemu ludowi przynieść możliwie najwięcej pożytku — temu narodowi, który kroczy dziś w przedniej straży bojowników najszlachetniejszej i najświętszej walki, jaką kiedykolkolwiek ludzkość toczyła o tryumf pokoju!"

Są to słowa wybitnej uczonej radzieckiej, *Olgi Borysówny Lepieszyńskiej,* która jako doktór nauk medycznych i profesor biologii zajmuje w gronie uczonych radzieckich przodujące miejsce. Wspaniałe osiągnięcia naukowe tych uczonych przyczyniają się do rewolucyjnych przeobrażeń światowej nauki.



Prof. O. Lepieszyńska w pracowni.

Prof. *Lepieszyńska* swoją monografią pt. „Powstawanie komórek z żyjącej substancji" zyskała sławę najwybitniejszego naukowca ostatnich czasów na świecie.

Wśród biologów wszystkich krajów panowała przez długie lata teoria komórkowa uczonego niemieckiego, *Rudolfa Virchowa* (1821 — 1902), który jak wiadomo utrzymywał, że nowa komórka żyjąca może powstać tylko z innej żyjącej komórki, czyli że życie w ogóle nie może istnieć poza obrębem komórek. Tego rodzaju fałszywa teoria o niezmienności wszystkiego żyjącego była mocnym hamulcem dla właściwego rozwoju biologii oraz stanowiła podstawę do powstawania nieprawdziwej, burżuazyjnej teorii dziedziczności.

Twórcami teorii dziedziczności byli *Weissmann, Morgan* i *Mendel. Grzegorz Mendel* (1822 — 1884), duchowny z Berna na Morawach, jest autorem osławionych reguł dziedziczności czyli „formalnej genetyki", mającej walory w obrębie ostro ograniczonych „czystych ras". Opierając się na tej nauce, faszyści doszli do swej zbrodniczej teorii rasowości, z której wywodzili następnie „naukowe uzasadnienie" wojen i ludobójstwa.

Ta reakcyjna teoria *Virchowa* i *Mendla* została przez prof. *Lepieszyńską* obalona w sposób przekonywujący. Oto *Lepieszyńska* w swych wieloletnich studiach i badaniach oraz doświadczeniach laboratoryjnych, kierując się zasadami materializmu dialektycznego dostarczyła dowodów wprost przeciwnej teorii. Mianowicie dowiodła, że komórki mogą się tworzyć także z tak zwanej żyjącej substancji, nie mającej formy komórek, z czego w dalszym ciągu wynika, że rodzaj tworzącej się tkanki zależy od substancji, która posłużyła jako materiał do wytworzenia się danej komórki. To wspaniałe osiągnięcie naukowe prof. *Lepieszyńskiej* otwiera szerokie perspektywy i możliwości do nowych interesujących badań w różnych dziedzinach wiedzy ludzkiej. Dotyczy to w szczególności takich nauk jak biologia, psychologia, agrobiologia i medycyna. Rezultaty badań *O. Lepieszyńskiej* wskazują na nowe drogi w badaniu raka i walki o przedłużenie życia ludzkiego.



Prof. O. Lepieszyńska przeprowadza systematyczne badania na zwierzętach.

W r. 1950 prof. *Lepieszyńska* za swe przełomowe odkrycia naukowe została odznaczona Nagrodą Stalinowską I stopnia. Było to najwyższe ale nie jedyne odznaczenie, jakie sędziwa uczona posiada od Rządu Radzieckiego. Prof. *Lepieszyńska* została wyróżniona Orderem Lenina i Czerwonego Sztandaru, pełni godność posła Najwyższej Rady ZSRR, jest zwyczajnym członkiem Akademii Nauk Medycznych i mimo swego podeszłego wieku i niezmordowa-

nej działalności naukowej, pracuje w wielu naukowych i społecznych instytucjach.



Prof. O. Lepieszyńska wśród wnuków

Z jej oczu bije energia i zapał gdy *Lepieszyńska* opowiada o wyposażeniu swej naukowej pracowni, gdzie wśród wielu najnowszych urządzeń znajduje się także elektronowy mikroskop. Zapadło postanowienie rządu radzieckiego, aby do dyspozycji wielkiej uczonej oddać nową stację biologiczną.

Niewyczerpana energia uczonej i nieustawanie w pracy są godne podziwu, jednak najlepiej tłumaczą je słowa Lepieszyńskiej, przytoczone przez nas na wstępie.

Wykłady uniwersyteckie, praca doświadczalna w laboratoriach z młodymi współpracownikami, redagowanie własnych prac naukowych, w czym pomaga jej córka Olga, pracująca w Instytucie Biologii Eksperymentalnej — oto nieprzerwane pasmo zajęć Lepieszyńskiej. A przy tym znajduje jeszcze czas na czynny udział w pracach i zjazdach kongresu pokoju i na wychowanie kilku wnuków.

Prof. *Lepieszyńska* jest wzorem uczonego i człowieka epoki Stalinowskiej.

E. B.

Kronika

z Kraju

Warszawa

Dnia 17 stycznia 1953 r. odbyła się w Szkole Pielęgniarstwa Nr 3 w Warszawie przy ul. Kasprzaka 17 uroczystość wręczenia dyplomów 34 absolwentkom szkoły.

Uroczystość zagaiła dyrektorka szkoły, ob. Luba Blum - Bielicka, witając przybyłych przedstawicieli Min. Zdrowia, Wydziału Zdrowia WRN, Dzielnicowej Rady Narodowej, Zarz. Dz. ZMP, Komitetu Opiekuńczego Zakł. Gazownictwa Okręgu Warszawskiego, Komitetu Rodzicielskiego oraz licznie przybyłych rodziców i opiekunów uczennic.

Dyrektorka szkoły podsumowała osiągnięcia uczennic za okres 2½ lat. Liczna grupa absolwentek rekrutowała się spśród niewykwalifikowanego personelu szpitalnego; drogą awansu społecznego uczennice zdobyły w szkole wykształcenie średnie i dyplom pielęgniarski.

Dr Gostyńska, przedstawiciel Wydz. Zdr. WRN, we wzruszających słowach nawiązała do Rocznicy Wyzwolenia Warszawy, do wielkich przemian jakie zaszły w doszczętnie spalonej przez hitlerowców Stolicy obecnie odbudowanej dzięki pomocy Związku Radzieckiego i jego Wodza, Wielkiego Stalina.

Tow. Szyszkowski, przedstawiciel Rady Zakładowej Zakł. Gazownictwa, wręczył nagrody absolwentkom przodującym w nauce i pracy społecznej.

Wieczne pióra otrzymały: **Nosek Helena**, **Dąbrowska Leokadia** i **Matyjas Kazimiera.** Komitet Rodzicielski przyznał przodownicy nauk **Wrześniewskiej Wandzie** jako nagrodę — zestaw do zastrzyków. Poza tym cenne książki otrzymały: **Burzyńska Alina**, **Kordaszewska Danuta** i **Korzeń Janina.** Wszystkie uczennice otrzymały jako upominki od Komitetu Rodzicielskiego książeczki o Konstytucji Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej.

Po zakończeniu części oficjalnej, odbyła się bogata część artystyczna poświęcona Rocznicy Wyzwolenia Warszawy. Wystąpił zespół taneczny uczennic, które odtańczyły mazura, symboliczny taniec zwycięstwa i barwny taniec ukraiński.

Dyrekcja Szkoły przekazała podziękowanie Departamentowi Zatrudnienia Min. Zdrowia za przydziały pracy sporządzone w myśl życzeń absolwentek.

16 absolwentek zdobyło wraz z dyplomem oznakę Sprawności do Pracy i Obrony.

*

Poniżej zamieszczamy fragmenty przemówienia Dyrektorki szkoły:

...W naszej szkole uczyłyście się nie tylko zawodu, przyswajałyście sobie również naukę o społeczeństwie, naukę o prawach rozwoju społeczeństwa socjalistycznego, poznawałyście także zasady marksizmu-leninizmu i moralności komunistycznej. Teraz nadchodzi czas, aby zdobyte wiadomości zastosować w życiu, w budowie socjalistycznej Służby Zdrowia. Powinnyście dalej pracować nad sobą, pogłębiać swoją wiedzę marksistowską, pielęgniarki bowiem zasklepiające się tylko w zagadnieniach zawodowych zamieniają się w ślepych praktyków, którzy wcześniej czy później sami siebie postawią poza nawiasem naszego burzliwego, twórczego życia. Praca ideologiczna podniesie wasz poziom, uzbroi przeciw wpływom wrogiej propagandy, pomoże zwalczać przeżytki ideologii burżuazyjnej, tak mocno nieraz zakorzenionej

w umysłach wielu pielęgniarek.

Uroczystość nasza odbyła się w dniu, w którym cały kraj obchodzi ósmą rocznicę wyzwolenia Warszawy, w tym styczniowym dniu roku 1945 żołnierze radzieccy i polscy wyzwolili Warszawę zniszczoną i wykrwawioną przez faszystów — miasto zgliszcz i ruin.

Dziś po ośmiu latach, na miejscu tych ruin powstały nowe bloki mieszkalne, nowe fabryki, Trasa W—Z, Mariensztat i MDM. — Wbrew zbrodniczym planom hitlerowców i ich mocodawców z Ameryki, jak również wbrew wysiłkom polskich faszystów, Warszawa tętni nowym radosnym, twórczym życiem, odbudowana rękoma przodujących robotników dzięki pomocy Wielkiego Związku Radzieckiego.

Zadaniem waszym będzie przede wszystkim troska o zdrowie budowniczych socjalizmu. Swoją sumienną pracą, troskliwym podejściem do chorego, w oparciu o przodującą naukę wielkiego uczonego radzieckiego — Pawłowa — winnyście starać się o szybkie przywracanie zdrowia chorym, którzy zostaną wam powierzeni. Nauka Pawłowa przypisuje wielką rolę pracy pielęgniarskiej w procesie leczenia chorego. Troska o czystość i ład, o spokój, ciszę i odpowiednie żywienie chorego, przyczyni się do zmniejszenia absencji w pracy, do szybszego i lepszego wykonania Planu 6-letniego...

...W pracy swej winnyście nawiązywać do rewolucyjnych tradycji pielęgniarek Wielkiej Rewolucji Październikowej, które walczyły z kontrrewolucją, a później z krwawym faszyzmem. Winnyście się wzorować na bohaterstwie pielęgniarek koreańskich, które zacięcie walczą z faszyzmem amerykańskim, niosąc na polu walki pomoc bohaterskim żołnierzom koreańskim.

Czekają na was prace w w zamkniętej i otwartej opiece lekarskiej, powinnyście wykorzystywać kontakty z ludźmi, szerzyć oświatę sanitarną, podnosić poziom kultury życia codziennego w mieście i na wsi...

...Drogie absolwentki, żegnam was w dniu dzis jszym jako uczennice naszej szkoły i witam jako koleżanki zawodu... *L. B. B.*

z Zagranicy

ZSRR

Leczenie tkankami wzbudziło zainteresowanie instytutów naukowo-badawczych ZSRR i znalazło szerokie zastosowanie w zakładach leczniczych. Opracowanie tej nowej metody leczniczej jest zasługą laureata Nagrody Stalinowskiej, prof. *W. P. Fiłatowa,* który działanie przeszczepień wyjaśnia obecnością w tkankach konserwowanych tzw. biogennych stymulatorów, uaktywniających procesy życiowe.

Pewne zmiany do metody Fiłatowa wprowadził *T. E. Rumiancew,* stosując do przeszczepień tkanki zwierzęce.

Ostatnio na jednym z posiedzeń Rady Naukowej Instytutu Ministerstwa Zdrowia ZSRR, rozpatrywano zagadnienie wskazań i przeciwwskazań stosowania terapii tkankowej oraz jej doraźne i dalsze wyniki Jeden z reefrentów, *A. B. Dobrodiejew,* w oparciu o wyniki zastosowania terapii tkankowej w takich schorzeniach jak: astma oskrzelowa, choroba wrzodowa oraz różne owrzodzenia (łącznie 1.000 przypadków), stwierdził poprawę w 56 — 62%, pogorszenie w 0,6 — 2%, zaś w 40% leczenie nie dało rezultatu Leczenie prowadzono metodą Fiłatowa i Rumiancewa, a jako materiał do przeszczepień używano najróżnorodniejszych tkanek (nerki, nadnercza, śluzówki itp.) Stwierdzono, że rodzaj przeszczepionych tkanek nie wpływa na wyniki leczenia. U większości chorych stosowano przeszczepienie jednorazowe, zauważono przy tym, że powiększenie powierzchni przeszczepianej tkanki tylko nieznacznie wpływało na wyniki leczenia. Statystyczna analiza zebranego materiału pozwala jedynie na wnioski wstępne, z których wynika, że metoda terapii tkankowej zasługuje na uwagę i dalsze badanie, nie mniej jednak należy ją stosować w połączeniu z innymi metodami leczenia.

Okuliści wypowiadający się na posiedzeniu Rady Naukowej zwracali uwagę na dobre wyniki przeszczepień tkankowych w takich chorobach jak jaglica i jaskra.

Mechanizm działania terapii tkankowej nie został jeszcze wyjaśniony. Ciekawe dane doświadczalne przedstawił I Moskiewski Instytut Medyczny, dowodząc, że przeszczepianie tkanek lub wyciągów z tkanek wywołuje w korze półkuli mózgowych stan zahamowania, co daje podstawę do wnioskowania, że efekty terapii tkankowej tłumaczą się powstawaniem zahamowania ochronnego. Stwierdzono poza tym, że terapia tkankowa może zmieniać reakcję ustroju na działanie farmaceutycznych środków leczniczych.

W rezultacie szeregu referatów i obszernej dyskusji Rada Naukowa przekazała specjalnej komisji dalsze badania nad terapią tkankową oraz nad wskazaniami i przeciwskazaniami jej stosowania.

*

Dyrektywy XIX Zjazdu KPZR do piątego 5-letniego Planu nakreśliły wielkie perspektywy dalszego rozwoju Socjalistycznej Republiki Litewskiej.

W ciągu ostatnich 12 lat lecznictwo na terenie SRL znacznie się rozwinęło: w porównaniu z r. 1900 fundusz na utrzymanie i rozbudowę szpitalnictwa SRL wzrósł 2 i pół raza. Szczególną uwagę zwrócono na ochronę macierzyństwa i zdrowia dziecka, rozbudowano gęstą sieć poradni dla matek i dzieci, izb porodowych i żłobków, co przyczyniło się do znacznego zmniejszenia śmiertelności niemowląt i dzieci. W roku 1952 zorganizowano 160 sezonowych żłobków w większych spółdzielniach produkcyjnych. Troska o dobrą opiekę nad zdrowiem ludności wiejskiej wyraziła się m. in. w otworzeniu w ostatnich latach 359 szpitali i przychodni wiejskich oraz 114 punktów felczersko-położniczych. W związku z nowym podziałem administracyjnym zorganizowano 30 rejonowych szpitali ze wszystkimi specjalnościami.

Niegdyś na Litwie pracowało zaledwie około 800 lekarzy, z których trzecia część mieszkała w Kownie

i Wilnie. Lekarz na wsi był rzadkością. Obecnie w SRL w samym roku 1951 przybyło 300 młodych lekarzy.

Szybki rozwój lecznictwa SRL, przewidziany planem 5-letnim i dalsza projektowana rozbudowa zakładów leczniczych będzie nadal wymagała wzrostu kadr medycznych, które na razie jeszcze wzrastają powoli.

Socjalistyczna Republika Litewska odczuwa również brak średniego personelu leczniczego, konieczne jest więc otworzenie przynajmniej jeszcze dwóch szkół pielęgniarstwa, zorganizowanie wieczornych kursów przy już istniejących szkołach oraz prowadzenie kursów pielęgniarskich przez Stow. Czerwonego Krzyża.

Korespondenci piszą

... z Warszawy

W warszawskim Szpitalu przy ul. Kasprzaka na oddziałach: chirurgicznym, I wewnętrznym i położniczym odbywają praktykę słuchaczki Państwowej Szkoły Pielęgniarstwa Nr 3. Słuchaczki tej szkoły pracują pod kierunkiem instruktorek na trzy zmiany, na „odcinkach szkoleniowych", na których jedna słuchaczka ma pod opieką 6—7 chorych. Na pozostałych oddziałach Szpitala pracuje 61 młodszych pielęgniarek i 43 pielęgniarki dyplomowane.

Stosunek liczbowy pielęgniarek dyplomowanych do pielęgniarek młodszych w Szpitalu jest dla młodszych pielęgniarek pomyślny, stwarza bowiem wszelkie warunki do objęcia ich troskliwa opieka koleżeńską i dokształcaniem. Szkolenie młodszych pielęgniarek w Szpitalu Nr 1 rozpoczęło się jednak dopiero 1 kwietnia ubiegłego roku, po objęciu stanowiska przełożonej pielęgniarek przez kol. Franciszkę Zajfen. Do 1 kwietnia szkolenia młodszych pielęgniarek nie prowadzono.

W tej chwili szkolenie teoretyczne odbywa się systematycznie. Poważne zastrzeżenia wzbudza jednak stosowany w Szpitalu Nr 1 system szkolenia praktycznego młodszych pielęgniarek, które niejednokrotnie pracują na jednym oddziale po 2 lata, co sprzeciwia się zarówno instrukcjom Ministerstwa Zdrowia, jak i krzywdzi młode absolwentki kursów PCK, zwężając ich kwalifikacje.

Od czasu Krajowej Narady Pracowników Słóżby Zdrowia tj. od połowy października 1952 r., władze szpitala rozpoczęły wymianę młodszych pielęgniarek między poszczególnymi oddziałami, wymiana ta jednak nie jest jeszcze dostateczna i powinna być zarówno w interesie młodszych pielęgniarek, w interesie Szpitala jak i całej służby zdrowia przeprowadzona bardziej radykalnie i powszechnie.

Poziom kwalifikacji młodszych pielęgniarek Szpitala przy ul. Kasprzaka jest oceniony jako dobry — w zgodnej ocenie przełożonej pielęgniarek, kol. Zajfenowej i dyrektora społeczno-wychowawczego Szpitala. W Szpitalu znajduje się w chwili obecnej 10 młodszych pielęgniarek, które powinny być skierowane na wojewódzki kurs, przygotowujący do egzaminu państwowego. Szpital jednak ograniczył się do skierowania na ten kurs zaledwie jednej młodszej pielęgniarki, kol. Julii Bielawskiej. Władze Szpitala tłumaczą się, niemożnością pozbawienia Szpitala tylu sił jednocześnie. Tłumaczenie to nie przekonało korespondenta. Istnieje bowiem w kraju wiele szpitali, w których zasługujące na awans młodsze pielęgniarki są kierowane na kurs wojewódzki bez względu na związane z tym trudności. Instrukcja Ministerstwa Zdrowia uwzględnia nie tylko interesy młodszej pielęgniarki, określając właściwie jej rolę w szpitalu w okresie między ukończeniem kursu PCK a egzaminem państwowym, ale uwzględnia także interesy szpitala, do którego pielęgniarka po ukończeniu Kursu wróci z wyższymi kwalifikacjami.

Wymienione wyżej niedociągnięcia w opiece nad młodszymi pielęgniarkami w Szpitalu przy ulicy Kasprzaka tym więcej dziwią, że w Szpitalu tym jest dobrze postawiona praca społeczna, prowadzona przez wicedyrektora do spraw społeczno-politycznych.

Warto wspomnieć jeszcze, że na jednym z oddziałów szpitalnych opiekę pielęgniarską nad chorymi sprawuje brygada młodzieżowa, na innych — brygada ZMP. Szkolenie ideologiczne personelu odbywa się systematycznie, przy dobrej frekwencji.

... z Rzeszowa

Szpital Wojewódzki w Rzeszowie zatrudnia 99 pielęgniarek, w tym 38 dyplomowanych, 57 młodszych i 4 przyuczone. Młodsze pielęgniarki Szpitala Wojewódzkiego pracują ku zadowoleniu dyrekcji i lekarzy, którzy o pracy absolwentek kursów PCK wyrażają się z całym uznaniem. Tym dziwniejszy wydaje się stosunek Szpitala do zagadnienia szkolenia młodszych pielęgniarek i zgodnego z instrukcją Ministerstwa Zdrowia przesuwania ich na poszczególne oddziały.

Każde zaniedbanie zarówno w szkoleniu teoretycznym, jak i praktycznym młodszych pielęgniarek automatycznie przedłuża okres dzielący je od Kursu Wojewódzkiego, wyrządzając tym samym krzywdę aparatowi służby zdrowia, słusznie domagającemu się kadr pielęgniarskich o wyższych kwalifikacjach, niż posiadają je absolwentki 6-miesięcznych kursów PCK.

Tak więc dla przykładu: w rzeszowskim Szpitalu Wojewódzkim przetrzymuje się młodsze pielęgniarki na poszczególnych oddziałach Szpitala poza okres przewidziany instrukcją, ponadto w ostatnim kwartale 1952 roku szkolenia teoretycznego nie prowadzono w ogóle, a rozpoczęto je dopiero 23 stycznia rb. Trzeba jednocześnie zaznaczyć na niekorzyść młodszych pielęgniarek, że frekwencja na wykładach jest niedostateczna, wynosi zaledwie 40—45%.

Na terenie Szpitala działa kilka organizacji społecznych. Organizacje te powinny zainteresować się sprawami młodszych pielęgniarek, przyjść im z pomocą, stać się rzecznikiem interesów młodych absolwentek kursów PCK.

Z inicjatywy ZMP odbywa się w Szpitalu samo-

kształcenie; ZMP może i powinno pójść dalej w swej inicjatywie, usiłując wpływać na realizowanie określonych odnośnymi zarządzeniami obowiązków Szpitala wobec młodszych pielęgniarek, mobilizując jednocześnie je same do systematycznej nauki i pracy nad sobą.

W Szpitalu Wojewódzkim prowadzone jest szkolenie specjalistyczne dla młodszych pielęgniarek i przebiega ono na ogół dobrze.

Szpital skierował dotychczas na kurs wojewódzki 8 młodszych pielęgniarek, w roku bieżącym przewiduje się dalsze, liczniejsze skierowania.

Młodsze pielęgniarki mieszkają w pobliżu Szpitala w baraku, po kilka w jednym pokoju, w warunkach znośnych. Wartoby jednak napiętnować nieporządki panujące w ustępach w baraku. Mieszkanki baraku, a mieszka tam także i przełożona pielęgniarek, powinny zwrócić baczną uwagę na utrzymanie czystości i podciągnąć winnych do odpowiedzialności przed kolektywem mieszkanek.

... z Jasła

Wydział Zdrowia Prezydium Powiatowej Rady Narodowej w Jaśle najprawdopodobniej nie zapoznał się dostatecznie z zarządzeniami dotyczącymi okresów praktyki młodszych pielęgniarek w poszczególnych działach lecznictwa, albo zarządzenia te ignoruje. Za milczącą zgodą Wydziału Zdrowia młodsze pielęgniarki w Jaśle przebywają na praktyce w lecznictwie otwartym znacznie dłużej ponad przewidziany termin. To stanowisko jasielskiego Wydziału Zdrowia odsuwa poważnie od młodszych pielęgniarek (pracujących w Jaśle w lecznictwie otwartym nierzadko powyżej roku) termin złożenia egzaminu państwowego.

Do powyższego stanu rzeczy przyczyniają się niewątpliwie częste zmiany na stanowisku kierownika Wydziału Zdrowia PRN w Jaśle (od października ub. r. do stycznia rb. tj. w ciągu 4 miesięcy na stanowisku tym zmieniło się 3 pracowników). Niezależnie jednak od przesunięć personalnych, Prezydium PRN powinno wejrzeć w sprawy młodszych pielęgniarek na swym terenie, nie dopuszczając do podobnych zaniedbań.

Typowym przykładem marnotrawstwa kadr pielęgniarskich, szkolonych poważnym wysiłkiem państwa, jest sprawa młodszej pielęgniarki, M. Rączki, która od przeszło roku zatrudniona jest przy kartotece protezowni dentystycznej. Kierownik protezowni, ob. Franciszek Panaś mimo interwencji pielęgniarki powiatowej nie godzi się zwolnić młodszej pielęgniarki Rączki. Wydział Zdrowia Prezydium PRN w Jaśle ma jednak możność nakłonienia ob. Panasia do rezygnacji z pracy młodszej pielęgniarki w kartotece. Należy wyjaśnić ob. Panasiowi, że do pełnienia obowiązków kierowniczki kartoteki nie trzeba kwalifikacji pielęgniarskich, a pielęgniarka przez rok z górą pełniąca te obowiązki nie tylko zaprzepaszcza szansę na zdanie egzaminu państwowego, ale popada we wtórny analfabetyzm zawodowy.

Szpital Powiatowy w Jaśle zatrudnia 32 młodsze pielęgniarki, których szkolenie do 1 stycznia 1953 r. odbywało się niesystematycznie i nie według programu Ministerstwa Zdrowia. Od 1 stycznia rb. szkolenie odbywa się regularnie i zgodnie z programem.

Szkolenie specjalistyczne rozpoczęto w jasielskim Szpitalu dopiero w grudniu ub. r. Młodsze pielęgniarki powinny jednak poważnie podejść do zagadnienia szkolenia, bowiem jak dotychczas frekwencja na wykładach jest bardzo zła. Nie można się dziwić, że dotychczas nie skierowano ani jednej młodszej pielęgniarki ze Szpitala w Jaśle na Kurs Wojewódzki.

Młodsze pielęgniarki Szpitala w Jaśle mieszkają w dość dobrych warunkach w budynku przyszpitalnym. Część jednak pielęgniarek mieszka w oddalonym od Jasła o 3 km Gorajowicach, gdzie mieści się oddział wewnętrzny Szpitala.

Młode dziewczęta z Gorajowic, mieszkające w znacznym oddaleniu od centralnego budynku Szpitala są pozbawione wszelkiej troski i opieki, co źle odbija się na ich postawie. Dotąd jeszcze nie rozwiązano sprawy otoczenia pielęgniarek w Gorajowicach właściwą opieką, a przyczyny tego należy szukać między innymi w słabej pracy miejscowych organizacji społecznych.

Zadaniem nowoprzybyłego wicedyrektora Szpitala do spraw społeczno-wychowawczych, ob. Henryka Springera będzie uaktywnienie organizacji istniejących na terenie Szpitala oraz podjęcie wśród personelu akcji uświadamiającej i wychowawczej. Podnoszenie świadomości personelu na drodze odpowiedniej akcji wychowawczej wpłynie zapewne na poprawę stosunków w Gorajowicach.

... z Krosna

Do 1 lutego br. 11 młodszych pielęgniarek, zatrudnionych w Szpitalu Powiatowym w Krośnie, dzieliło los swych koleżanek z Rzeszowa i Jasła; szkolenie młodszych pielęgniarek rozpoczęło się w krośnieńskim Szpitalu dopiero 1 lutego br. To też na kurs Wojewódzki Szpital w Krośnie — jak dotychczas — skierował zaledwie jedną młodszą pielęgniarkę.

Młodsze pielęgniarki ze Szpitala Powiatowego w Krośnie mają dobre warunki mieszkaniowe i wiele korzystają w dziedzinie praktycznej, napotykając na życzliwy stosunek starszych koleżanek i lekarzy. Doskonale postawiony pod względem organizacyjnym, czyściutki Szpital w Krośnie bardzo dobrze oddziaływuje wychowawczo na pracujące tam młodsze pielęgniarki, ale niepokoi poważnie obojętność na ich przyszłość. Istnieje wprawdzie na terenie Szpitala zasada, iż oddziały powinny wymieniać młodsze pielęgniarki, jednak w praktyce zdarzają się wypadki przetrzymywania pielęgniarek na jednym oddziale do półtora roku.

Dyrekcja Szpitala, ZMP i inne organizacje, działające na terenie Szpitala, niedość interesują się sprawami młodszych pielęgniarek i nie czynią nic, aby ułatwić im zdobycie praktyki upoważniającej do przyjęcia na kurs Wojewódzki. Ta obojętność Szpitala i organizacji będzie kosztowała młodsze pielęgniarki dodatkowe kwartały praktyki.

(km)

Czy odpowiedziałaś na ankietę zamieszczoną w lutowym numerze „Pielęgniarki Polskiej"?

PRZEGLĄD PRASY

PRZEGLĄD LEKARSKI NR 9/52

DR M. CZEKANIANC — **Chirurgiczne leczenie gruźlicy płuc i antybiotyki.**

Wspaniały rozwój chirurgii klatki piersiowej i pomyślne wyniki zabiegów wykonywanych przy gruźlicy płuc zawdzięczać trzeba udoskonalonej technice operacyjnej i równoczesnemu stosowaniu antybiotyków.

DOC. DR M. SEIDLER I DR F. ZAJĄC — **Środki przeciwkrzepliwe w leczeniu zakrzepów i zatorów.**

Zakrzepy należą do bardzo groźnych powikłań pooperacyjnych, które przedłużają pobyt chorego w szpitalu i okres jego niezdolności do pracy. Przedstawiwszy pokrótce etiologię zakrzepów, po opisaniu schorzeń, usposabiających do ich powstawania, autor zapoznaje czytelnika z metodą stosowania h e p a r y n y — najskuteczniejszego środka przeciw groźnym schorzeniom zakrzepowym.

DR ST. STOCH — **Leczenie trudno gojących się ubytków osoczem krwi.**

Owrzodzenia powstałe na tle urazowym lub w następstwie żylaków nastręczały zawsze wielkie trudności w gojeniu, obecnie natomiast w przypadkach tych uzyskuje się bardzo dobre wyniki dzięki stosowaniu osocza krwi powierzchniowo i podskórnie.

POLSKI TYGODNIK LEKARSKI NR 48/52

DR W. KRÓL I DR J. KRAUS-ZAKI — **Wskazania i przeciwwskazania do leczenia nadciśnienia samoistnego snem przedłużonym.**

Z własnej obserwacji 35 przypadków leczonych snem przedłużonym i prac teoretycznych autorzy artykułu wysnuwają wskazania i przeciwwskazania do leczenia choroby nadciśnieniowej snem przedłużonym.

DR L. LISIECKI — **O przewlekłych zatruciach benzolem.**

Benzolu używa się często jako rozpuszczalnika farb, kleju itp., co bywa nieraz przyczyną ciężkich zatruć z takimi objawami, jak leukopenia, niedokrwistość, limfocytoza i in. Zdarza się to nie tylko osobom pracującym z benzolem zawodowo, ale również przygodnie, w warunkach domowych, np. po pomalowaniu podłóg farbą zawierającą benzol, albo przy używaniu płynów dezynfekujących z benzolem itp. Zastosowanie o d c z y n u ś r ó d b ł o n k o w e g o, który może naprowadzić na właściwą przyczynę dolegliwości, umożliwia rozpoznanie istoty schorzenia i odpowiednie leczenie.

WIADOMOSCI LEKARSKIE NR 11

DR M. ZEJFEN — **O leczeniu etapowym.**

Całokształt leczenia chorych i rannych żołnierzy obejmuje dwa zagadnienia.

Zagadnienie leczenia chorych i rannych żołnierzy łączy w sobie problemy lekarskie i taktyczno-lekarskie, których wspólnym celem jest: a) uratować życie jak największej liczbie chorych i rannych, b) zapewnić ich powrót do szeregów przynajmniej w 75%, c) zmniejszyć do minimum odsetek inwalidów, d) uchronić wojsko przed epidemiami. System leczenia nie „na miejscu", lecz e t a p o w e g o, z ewakuacją według wskazań lekarskich, okazał się dużo lepszy, jednak do swej realizacji wymaga spełnienia kilku niezbędnych warunków.

DR L. ZEMBRZUSKI — **Pionierzy medycyny XVI wieku.**

Pierwsza katedra medyczna powstała w Akademii Jagiellońskiej w r. 1400, a do końca XV wieku zjawiają się tam jako wykładowcy tak wybitni przedstawiciele medycyny polskiej, jak Maciej z Miechowa (1456 — 1523), Wojciech Nowopolski (1508 — 1558), Józef Struś (1510 — 1568), Sebastian Patrycy (1550 — 1626) i Wojciech Oczko (1537 — 1599).

W księgarniach i kioskach

LEK.-DENTYSTA PAWEŁ WIŚNICKI. — **Podstawowe wiadomości dla stomatologicznego personelu pomocniczego.**

Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, 1952, str. 116, ryc. 36, cena 4,50 zł.

Upowszechnienie lecznictwa stomatologicznego i organizowanie gabinetów dentystycznych przy większych ośrodkach zdrowia stwarzają konieczność zatrudnienia wielu pomocniczych sił do pracy lekarsko-dentystycznej. W przeważającej liczbie pracują tam pielęgniarki; nie mają one jednak odpowiedniego przeszkolenia do pracy stomatologicznej. Sprawia to dużo trudności, zwłaszcza w okresie początkowym, zarówno lekarzom - dentystom, jak i pielęgniarkom, które dopiero w toku pracy zdobywają wyszkolenie praktyczne, lecz brak im podstaw teoretycznych.

Braki te uzupełnia wyżej podany podręcznik. Po ogólnym przypomnieniu budowy histologicznej komórek i tkanek, autor zaznajamia czytelnika w krótkości z anatomią stomatologiczną i fizjologią narządów odżywiania, a następnie omawia najważniejsze schorzenia zębów i jamy ustnej.

Dla pielęgniarek zatrudnionych w gabinetach stomatologicznych najważniejsze są rozdziały opisujące wyposażenie gabinetu, narzędzia, leki i materiał dentystyczny, jako traktujące o dziedzinie zupełnie dla nich obcej.

Z dalszych rozdziałów tej pożytecznej książeczki dowiadujemy się o czynnościach i obowiązkach personelu, zatrudnionego w gabinetach stomatologicznych, zarówno z zakresu pracy praktycznej, jak też administracyjnej.

Książka jest bogato ilustrowana rysunkami narzędzi dentystycznych najczęściej używanych przy zabiegach.

J. S.

REDAKCJA: Warszawa, ul. Mokotowska 14, Zarząd Gł. PCK. Tel. 7-50-02. Redakcja czynna: codziennie 11—13. ADMINISTRACJA: Warszawa, ul. Srebrna 12 — Państwowe Przedsiębiorstwo Kolportażu „Ruch".

Cena pojedynczego numeru „Pielęgniarki Polskiej" wynosi 2.00 zł., prenumerata kwartalna 6.00 zł., roczna 24.00 zł

Cena ogłoszeń: 1 str. — 2.000 zł, 1/2 str. — 1.000 zł, 1/4 str. 500 zł, 1/8 str. — 250 zł, 1 cm² — 5 zł, 1/32 str. — 150 zł

Egzemplarze archiwalne (wsteczne) czasopisma otrzymać można w PPK „Ruch", Centralna Ekspedycja — Warszawa, ul. Srebrna 12, po uprzednim wpłaceniu należności na konto PKO I-15207/110 — „Sprzedaż Archiwalna" lub w Księgarni Medycznej Domu Książki w Warszawie, ul. Mokotowska 24.

Zamówienia na prenumeratę tygodników i miesięczników są przyjmowane na okres co najmniej jednego kwartału, natomiast dwumiesięczników i kwartalników — na okres półrocza.

Druk. LSW. W-wa. Zam. 112a z dn. 5.II.53 r. Pap. druk. sat. kl. VII. A1/60 g. 4-B-11642

CENA zł 2.—

WYKAZ CZASOPISM PAŃSTWOWEGO ZAKŁADU WYDAWNICTW LEKARSKICH NA ROK 1953

L. p.	TYTUŁ CZASOPISMA	Rodzaj	Cena prenumeraty			
			kwart.	półrocz.	rocz.	poj. zesz.
1	ACTA PHYSIOLOGICA POLONICA	kwart.	—	30.—	60.—	15.—
2	ACTA POLONIAE PHARMACEUTICA	„	—	30.—	60.—	15.—
3	CHIRURGIA NARZĄDÓW RUCHU I ORTOPEDIA POLSKA	„	—	30.—	60.—	15.—
4	CZASOPISMO STOMATOLOGICZNE	mies.	24.—	48.—	96.—	8.—
5	DZIENNIK URZĘDOWY MINISTERSTWA ZDROWIA	dwumies.	7.50	15.—	30.—	1.23
6	FARMACJA POLSKA	mies.	24.—	48.—	96.—	8.—
7	FOLIA MORPHOLOGICA	kwart.	—	30.—	60.—	15.—
8	GINEKOLOGIA POLSKA	„	—	30.—	60.—	15.—
9	GRUŹLICA	mies.	30.—	60.—	120.—	10.—
10	KLINIKA OCZNA	kwart.	—	30.—	60.—	15.—
11	MEDYCYNA DOŚWIADCZALNA I MIKROBIOLOGIA	„	—	30.—	60.—	15.—
12	MEDYCYNA PRACY	dwumies.	—	45.—	90.—	15.—
13	NEUROLOGIA, NEUROCHIRURGIA I PSYCHIATRIA POLSKA	„	—	45.—	90.—	15.—
14	OTOLARYNGOLOGIA POLSKA	kwart.	—	30.—	60.—	15.—
15	PATOLOGIA POLSKA	„	—	30.—	60.—	15.—
16	PEDIATRIA POLSKA	mies.	30.—	60.—	120.—	10.—
17	PIELĘGNIARKA POLSKA	„	6.—	12.—	24.—	2.—
18	POLSKI PRZEGLĄD CHIRURGICZNY	„	30—	60.—	120.—	10.—
19	POLSKI PRZEGLĄD RADIOLOGICZNY	kwart.	—	30.—	60.—	15.—
20	POLSKI TYGODNIK LEKARSKI	tygodn.	65.—	130.—	260.—	5.—
21	POLSKIE ARCHIWUM MEDYCYNY WEWNĘTRZNEJ	dwumies.	=	45.—	90.—	15.—
22	POŁOŻNA	mies.	6.—	12.—	24.—	2,—
23	POSTĘPY MEDYCYNY	kwart.	—	30.—	60.—	15.—
24	PRZEGLĄD DERMATOLOGII I WENEROLOGII	„	—	30.—	60.—	15.—
25	PRZEGLĄD EPIDEMIOLOGICZNY	„	—	30.—	60.—	15.—
26	PRZEGLĄD LEKARSKI	mies.	24.—	48.—	96.—	8.—
27	ROCZNIKI P.Z.H.	kwart.	—	30. -	60.—	15.—
28	SŁUŻBA ZDROWIA	tygodn.	4,50	9.—	18.—	0 35
29	TWOJE DZIECKO	mies.	3,30	6.60	13.20	1.10
30	WIADOMOŚCI LEKARSKIE	„	18,—	36.—	72.—	6.—
31	ZDROWIE PUBLICZNE	dwumies.	—	30.—	60.—	10.—

Prenumeratę czasopism medycznych należy zamawiać tylko w placówce pocztowej właściwego rejonu doręczeń, na terenie którego zamieszkuje prenumerator - odbiorca, lub za pośrednictwem listonoszów.

Prenumeratę zbiorową należy nadal zamawiać u kolporterów zakładowych.